



## 저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

보건학석사 학위논문

# 시민 참여가 주관적 건강인식에 미치는 영향 탐색

－ World Value Survey를 중심으로 －

2014 년 2 월

서울대학교 대학원

보건대학원 보건정책관리학 전공

김 새 림

# 시민 참여가 주관적 건강인식에 미치는 영향 탐색

－ World Value Survey를 중심으로 －

## Civic Participation as a determinant of Self-rated health

A multilevel analysis of World Value Survey

지도 교수 양 봉 민

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2013 년 10월

서울대학교 대학원  
보건대학원 보건정책관리학 전공  
김 새 롬

김새롬의 보건학석사 학위논문을 인준함

2013 년 12 월

위 원 장 \_\_\_\_\_ 유 명 순



(인)

부위원장 \_\_\_\_\_ 조 병 희



(인)

위 원 \_\_\_\_\_ 양 봉 민



(인)

## 국문초록

시민참여(civic engagement)는 흔히 민주주의의 학교로 일컬어진다. 자발적인 참여를 통해 상호간의 신뢰를 쌓고 민주주의적 시민으로서의 기술과 인격을 형성시키는 시민적 덕목(civic virtue)이 형성되는 시민사회(civic society)의 역할을 강조하는 말이다. 본 연구는 시민참여가 건강에 어떤 영향을 가지는지에 대한 의문에서 시작한다.

기존의 연구들에 의하면 시민참여는 건강 행동과 태도에 영향을 미치는 것으로 알려져 있으며 이것은 건강에 긍정적인 효과를 가질 수 있다. 공동체 수준에서 보았을 때에도 활발한 시민참여는 사회적 신뢰를 축적하며 상호 공유되는 규범을 형성하여 공동의 목표를 추구하는 데에 있어서 사회적 협력과 효율성을 높일 것으로 생각된다. 더 나아가 시민적 덕목의 함양은 정부를 비롯한 제도권의 업무에 대한 감시와 민주적 사회통제(social control)를 가능하게 할 것으로 이 역시도 건강한 사회와 무관할 수 없다.

본 연구에서는 World Value Survey의 5 wave 자료를 이용하여 시민참여가 주관적 건강인식에 미치는 영향에 대한 실정적 탐색을 시도하였다. 주요 변수로 정치적 참여와 비제도적 정치 참여로 구분하였으며 다양한 시민사회결사체 참여의 정도를 사회적 참여로 개념화하여 이용하였다. 분석 방법으로는 기술적인 분석과 피어슨 상관분석, 다중 회귀 로지스틱 분석과 다수준 분석(multilevel logistic regression)을 이용하였다. 44개국 전체 자료를 이용한 분석과 OECD국가들만을 대상으로 한 분석을 각각 제시하였다.

분석 결과 개인의 사회경제적, 인구학적 요인들은 모두 건강과 일정한 연관관계를 가지는 것으로 나타났다. 개인 수준에서 투표나 사회적 활동에 참여하는 사람이 부정적 건강인식을 보고할 확률은

줄어들었다. 반면 비제도적 정치참여에 적극적인 사람에서 부정적 건강인식은 증가하였다. 그러나 OECD국가들만을 대상으로 한 분석에서 비제도적 정치참여의 부정적인 영향은 나타나지 않았다.

국가 수준에서의 맥락적 효과도 확인하였다. 선행연구와 같이 국가의 투표율은 건강과 유의한 연관을 가지지 않았다. 사회적 참여는 44개국 전체를 대상으로 한 분석에서, 비제도적 정치참여는 OECD국가들에 대한 분석에서 의미 있는 수준으로 부정적 건강인식을 감소시키는 맥락적 효과를 나타냈다.

국가 수준의 매개변수들 중 소득수준(GNIpc)은 44개국을 대상으로 하였을 때에는 일정하게 부정적인 건강인식을 감소시켰지만 OECD국가들에 있어서는 유의한 변수가 아니었으며, 총의료비 중 공공보건의료비 지출비중(public health expenditure%)은 반대로 전체 분석에서는 유의한 변수가 아니었지만 OECD국가 분석에서는 부정적 건강인식을 감소시키는 유의한 변수인 것으로 나타났다. 민주주의 지표(freedom house democracy index)는 두 가지 분석 모두에서 유의한 상관을 가지고 있었다.

제도적, 비제도적 의사결정과정에 있어서 시민들의 참여는 좋은 사회를 구성하기 위한 기본적인 요건으로 민주주의 사회에서 추구해야 할 방법이자 원칙이다. 시민적 통제와 참여적 의사결정이 가능한 사회의 시민들이 더욱 건강한 삶과 사회를 성취해낼 가능성이 높다는 가정에 대한 입증은 매우 어려운 일이며 단순한 계량적인 접근만으로는 불가능한 것이다. 그러나 본 연구는 다국가 자료를 이용한 계량적 분석을 통해 참여와 건강이 가지는 관계에 대한 실증적 근거를 마련하고자 하였다는 데에 의의를 둔다.

**주요어** : 시민참여, 주관적 건강인식, 다수준 분석, 민주주의와 건강  
**학 번** : 2012-21860

# 목차

초    록 .....	i
목차 .....	iii
제 1 장 서    론 .....	1
제 1 절 연구의 배경 .....	1
제 2 절 연구의 목적 .....	5
제 2장 이론적 고찰 .....	6
제 1절 시민참여와 건강 .....	6
제 2절 사회적 자본과 시민참여 .....	19
제 3절 민주주의와 건강 .....	25
제 3장 연구설계 .....	28
제 1절 연구자료와 분석범위 .....	28
제 2절 변수의 정의 .....	31
제 3절 분석 모형과 방법 .....	37
제 4장 연구결과 .....	41
제 1절 표본의 일반적 특성 .....	41
제 2절 분석결과와 가설검증 .....	49
5 장 논의 및 결론 .....	68
제 1절 연구의 함의 .....	68
제 2절 연구의 한계와 제언 .....	74
참고 문헌 .....	77
Abstract .....	86

## 표 목차

표 1 주요 변수와 자료원 .....	40
표 2 개인별 · 국가별 기술적 통계 .....	42
표 3 국가별 특성 .....	43
표 4 개인의 주관적 건강인식에 대한 영향 .....	50
표 5 개인의 주관적 건강인식, 피어슨 상관분석 .....	51
표 6 주관적 건강인식에 대한 다항 로지스틱 회귀모델 .....	52
표 7 국가 변수와 주관적 건강인식, 피어슨 상관분석 .....	55
표 8 주관적 건강인식에 대한 다수준분석, 44개국 .....	63
표 9 주관적 건강인식에 대한 다수준분석, OECD국가 18개국 .....	64

## 그림 목차

Figure 1 보건의료의사결정에서 참여의 범주.....	8
Figure 2 분석모형 .....	38
Figure 3 사회적 참여와 주관적 건강인식 .....	57
Figure 4 투표율과 주관적 건강인식 .....	57
Figure 5 비제도적 정치 참여와 건강인식 .....	58
Figure 6 국가 별 사회적 참여와 비제도적 정치 참여 .....	58



# 제 1 장 서 론

## 제 1 절 연구의 배경

참여는 민주주의 사회에서 시민의 의무이자 권리이다. 시민들의 사회적·정치적 참여는 그 자체로 추구되는 목표이기도 하지만 사회의 질과 의사결정의 효율성을 향상시키는 수단으로 추구되기도 한다. 개인이 각자의 공동체에서 스스로의 잠재력과 웰빙을 증진시키는 방향으로 사회적, 경제적, 문화적 활동에 참여할 수 있는 정도가 바로 사회의 질(social quality)이라는 Beck의 정의는 사회적인 관계나 참여가 웰빙과 깊은 연관을 가지는 유용한 영향력을 행사할 것이라는 전제를 내포하는 것이다(Beck 2001, 2011).

민주주의 정치체계 내에서 높은 수준의 참여는 시민들의 요구를 표현하고 사회적 합의를 구성하기 위해 필수적이다. 미국에서 활발한 결사체 참여와 시민들 사이의 연결이 민주주의적 가치를 함양시키고 사회적 경제적 발전의 밑거름이 된다고 분석한 토크빌의 오래된 논의에서부터 높은 수준의 참여가 공공의 이익을 추구하는 더 좋은 삶의 질과 행복으로 이어진다는 것을 밝혀낸 최근의 연구까지(Wallace and Pichler 2009) 많은 연구자들이 시민참여의 중요성에 주목해 왔다.

참여와 건강의 관계에 대한 기존의 학문적 탐색은 주로 로버트 푸트넘(Robert Putnam)이 제시하였던 사회 결사체 참여를 중심으로 이루어져 왔다. 이에 따라 참여는 주로 사회적 자본(social capital)의 구조적 구성요소로 연구되어 왔다. 많은 선행연구들에서는 종교집단, 시민단체, 동호회 등 다양한 사회결사체 및 집단에 대한 참여를 사회적 참여(social participation)로 측정, 개념화 하였다.

사회적 참여는 교육수준, 경제적 지위와 같은 요소들을 보정하고 나서도 독립적으로 건강에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 확인되어 왔다(Rose 2000, Veenstra 2000, Kim and Kawachi 2006). 그러나 비교적 사회적 참여가 맥락적인 영향력을 가지고 있는지에 대한 연구들에서는 상반되는 결과가 나타나고 있다. 비교적 동질적이고 규모가 작은 역공동체(community) 수준에서 혹은 한 국가내의 주(state), 지역(province)별(Kawachi 1999, Kim and Kawachi 2006, Poortinga 2012)로 사회적 참여가 활발한 지역의 건강수준이 보다 양호하다는 맥락적 효과는 종종 보고되고 있으나 국가(country) 수준에서의 건강에 대한 맥락적인 영향이 존재하는지에 대해서는 확실한 근거가 존재하지 않는 것으로 알려져 있다(Kennelly, O'Shea et al. 2003, Mansyur, Amick et al. 2008, Nobles, Brown et al. 2010).

반면 건강의 사회적 결정 요인으로 정치적 참여의 중요성은 상대적으로 부각되지 못했다. 자원과 권력의 배분을 결정하는 사회적 구조 형성하는 데에 중요한 영향을 미치는 정치적인 참여가 전체 인구집단의 건강을 결정하는 중요한 요인이라고 일부 학자들이 주장하였지만 이에 대한 실증적인 연구는 드물다(Lynch, Kaplan et al. 1997, Poortinga 2012). 정치적인 변수들의 중요성을 강조한 Navarro 등의 연구에서는 OECD국가에서 정부의 정치적 지향과 사회적 불평등이 건강과 유의한 연관을 가짐을 확인하였다. 일반적으로 재분배 정책에 더 많은 공헌을 하는 사회 민주주의 정당(social democratic party)이 오랜 기간 집권하는 국가에서는 사회적 불평등이 감소할 뿐 아니라 영아사망률과 저체중 출산과 같은 지표로 확인하였을 때 건강수준이 향상된다(Navarro 2003, Navarro, Borrell et al. 2003).

정치적 참여는 사회적 의사결정 구조에 영향을 미치는 근본적인

요소이다. Blakely 등은 미국의 50개주의 28만여명의 설문을 통해 지역의 투표율과 투표불평등(voting inequality)이 소득불평등이나 지역의 경제적 자원과 독립적으로 건강과 관련을 가지고 있음을 확인했다(Blakely, Kennedy et al. 2001). 투표율이나 정치적 참여가 더 작은 지역사회 수준에서 건강과 관련이 있다는 중간수준(meso-level)에서 연구들도 유사한 결과를 나타낸다. 지역사회 수준에서의 접근에서 사회적인 참여와 이를 통한 시민적 역량의 강화가 건강수준과 운동, 여가 (Lindström, Hanson et al. 2001)와 같은 건강 관련 행동과 정신건강에 영향을 미치며 더 나아가서는 건강 증진(health promotion)의 효과에 영향을 미칠 수 있다는 것이 밝혀져 있다(Lofors and Sundquist 2007).

하지만 정치적 참여가 가지는 맥락적 영향이나 경로는 각 국가, 사회의 문화적, 역사적 맥락, 또는 민주주의적 발전 단계에 따라서 서로 다른 양상을 가진다. 더욱이 서로 다른 정치적 제도를 가지는 나라들을 대상으로 정치적 참여에 대한 측정에서 타당성을 확보하기 어려우며 서로 다른 역사적 맥락을 가진 국가에 대해서 정치적 참여를 동일한 구성개념으로 비교하기도 어렵다.

그렇다 하더라도 시민참여와 정치적 역량강화는 바람직한 민주주의 사회의 필수적인 속성이다. 그렇기에 정치적 역량강화와 시민참여, 시민에 의한 사회 통제가 인구집단의 건강에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다는 가능성은 흥미롭다.

일례로 브라질의 다양한 시민위원회들 중에서도 왕성한 역할을 하고 있다고 일컬어지는 “시민건강위원회(citizen health council)”는 이전에 정치적인 목적에 의해 불평등하고 비효율적으로 사용되고 있던 자원을 보다 효율적이고, 시민들의 건강에 직접 영향을 미칠 수 있는 방법으로 사용할 수 있도록 만들었다. 포르투 알레그레의 시민들은 지속되는 부패와 연고주의에 반대하여 직접 참여를

시작하였으며 정치적 개입과 감시를 통해 변화를 만들어 냈다. 시민건강위원회는 부패를 예방하고 지역사회의 요구를 반영하는 사회적 통제(social control)를 하고 있다고 평가되고 있다(Cornwall 2008). 위원회가 본격적인 활동을 시작한 2000년 이후로 약 10여년 사이에 공공진료소의 외래진료 이용은 크게 늘어났으며 특히 사회경제적 수준이 낮은 계급일수록 많은 혜택을 입어 의료이용에 불평등을 개선한 선례는 새로운 대안으로의 시민 사회와 사회적 통제를 제시하고 있다(Coelho, Dias et al. 2012).

본 연구에서는 시민참여(civic engagement)가 건강에 미치는 영향에 초점을 맞춘다. 시민참여가 건강과 가지는 연관성을 개인과 국가를 분석단위에서 각각 확인하는 것을 목적으로 하였다. 이를 위해 참여를 사회적 참여(social participation), 제도적 정치참여(institutional political participation), 그리고 비제도적 정치 참여(non-institutional political participation)의 세 가지 범주로 분류하여 이들이 각각 건강에 미치는 영향을 탐색한다.

## 제 2 절 연구의 목적

본 연구에서는 건강에 사회적 결정요인으로 시민참여(civic engagement)를 주제로 한다. 이를 위해 관련된 이론적 근거를 탐색하고 국가간 비교가 가능한 대규모 자료를 이용한 실증적인 분석을 시도해 보았다. 다양한 국가간 비교연구에 활용되고 있는 World Value Survey의 5차 자료를 자료원으로 시민참여가 주관적 건강인식에 미치는 영향을 확인해 보고자 한다. 이를 위해 설정한 연구문제는 다음과 같다.

첫째, 시민참여는 개인의 건강에 어떤 영향(compositional effect)을 미치는가?

둘째, 시민참여는 국가수준에서 인구집단의 건강에 맥락적인 영향(contextual effect)을 미치는가?

셋째, 국가 수준에서 시민참여의 맥락적 효과는 어떤 경로를 통해 인구집단의 건강에 영향을 미치는가?

본 논문의 구성은 다음과 같다. 제2장에서는 참여와 건강에 대한 선행연구 고찰을 통해 이에 대한 이론적 근거와 현재까지 진행되고 있는 논의들에 대해서 제시한다. 제3장에서는 본 연구에서 사용된 자료와 변수에 대한 설명, 그리고 참여가 건강에 미치는 영향을 분석하기 위한 분석틀과 연구디자인을 제시한다. 제4장에서는 세계가치관조사(World value survey) 자료를 이용한 계량적 분석을 통해 참여와 건강의 관계를 확인하고 개인과 국가 각각의 수준에서 참여와 건강의 연관성을 탐색하였다. 제5장은 논의 및 결론으로, 연구의 결과에 대한 해석과 이를 통해 이끌어낼 수 있는 정책적, 실천적 함의에 대해서 논한다.

## 제 2장 이론적 고찰

### 제 1절 시민참여와 건강

#### 1. 시민참여

시민참여(civic engagement)는 그 결정에 의해서 영향을 받게는 시민들이 의사결정에 직접 개입하고 정보를 얻는 모든 과정을 의미한다(Rowe and Frewer 2004). 참여의 대상과 방법, 목적에 따라서 매우 포괄적인 범주의 활동들이 참여라는 개념에 포함된다. 가장 대표적인 참여의 예로는 대의민주제 국가에서 투표로 대표를 선택하는 유권자의 정치적 참여가 있다.

대체로 시민참여에서 말하는 시민(citizen) 혹은 대중(public)은 이미 정치적인 과정에서 참여를 보장받고 있는 엘리트나 지식인들이 아닌 기존의 의사결정과정에서 소외되고 있다고 할 수 있는 일반 시민(lay citizen)을 지칭한다. 소수의 엘리트들이 권력을 독점하는 귀족주의(Autocracy: dictatorship of rich)에서 다수의 민중들이 권력을 향유하는 민주주의(Democracy: dictatorship of poor & middle class)를 향해 나가는 민주화 과정이라는 맥락에서 시민참여는 당위성을 가지게 된다(Navarro, Borrell et al. 2003).

그러나 시민참여는 매우 다양한 의미를 함축하는 것이다. 정치적 참여에 대한 협의의 정의에서 대의 민주주의제도 내에서 시민들의 참여는 정당에 가입하고 투표권을 행사하는 등의 행동을 지칭하는데 그친다. 하지만 공적인 의사결정 과정에 영향을 미치는 모든 행동을 참여라고 규정하는 광의의 정의에서 정치적 참여는 한층 많은 의미를 포함하는 개념이 된다.

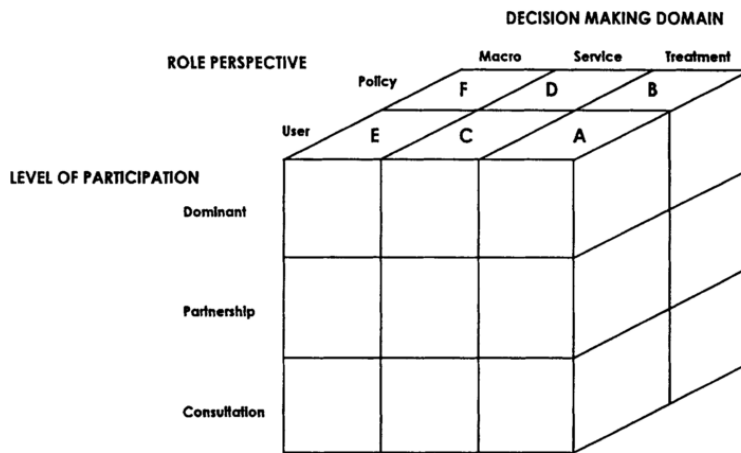
다양한 의미에서 시민참여의 중요성이 논의되고 있는 이유 중 하나는 인민이 지배하나 대표를 통해 간접적으로 지배하는 대의제 민주주의의 한계와 결손 때문이다. 시민참여는 민주적인 의사결정이라는 사회적인 목표를 달성하는 데에 정당성(legitimacy)을 보장하고, 정보를 공개하고 질문에 응답함으로써 정치적 투명성(transparency)을 제고하고 책무(accountability)를 이행하도록 한다. 실용적인 측면에서도 투표만으로는 파악할 수 없는 다양한 시민들의 의견과 선호를 파악할 수 있게 해주며 따라서 의사결정의 질을 향상시키고 정책의 순응도를 높이는 데에 기여한다(Abelson, Forest et al. 2003).

주체에 따라 구분해 보았을 때에도 매우 다양한 맥락과 방향의 시민참여를 상정할 수 있게 된다. 본 글에서 초점으로 하고 있는 건강과 관련된 시민들의 참여만 하더라도 그 주체를 시민(citizen), 환자(patient), 소비자(consumer), 세금납부자(tax payer), 일반인(lay) 중 어떤 것으로 하는지에 따라서 시민참여의 의미와 방식은 매우 달라진다.

보건의료 의사결정에서 시민의 참여를 범주화하여 설명하였던 Charles 등의 개념들에서는 참여에서의 역할(role perspective), 의사결정의 영역(Decision making domain), 그리고 참여의 수준(level of participation)의 세 가지 측면에서 분류하였다(Charles and DeMaio 1993).

첫째, 참여자의 역할(role perspective)은 위에서도 말하였듯이 다양한 주체를 상정할 수 있으나 여기에서는 보건의료 서비스 이용자(user)의 관점과 시민으로서의 정책참여의 두 가지를 제시하고 있다. 이용자의 관점에서 참여자는 자신과 가족의 건강과 안녕(well-being), 개인이 소속된 집단에게 미치는 영향에 대해 관심을 중심으로 개인적 이해관계를 반영한다. 반면 시민의 관점에서 참여자는

공공정책을 통해 공공의 이익(public interest)을 추구할 수 있을 것인지, 공적인 합리성을 중심으로 의견을 표현한다.



**Figure 1** Dimensions of Lay Participation in Health Care Decision Making

Figure 1 보건의료의사결정에서 참여의 범주;  
adapted from Charels & DeMaio, 1993

하지만 실제 참여 현장에서 참여주체의 규정이 명확하게 이루어진다고 보기는 어렵다. 예를 들어 병원을 이용하는 환자의 입장과 지역사회의 주민으로 전반적인 보건의료체계의 질적 개선을 바라는 입장이 상호배타적인 것이 아니듯 참여자들은 참여과정에서 다양한 역할을 동시에 취하거나 여러 관점을 바꿔가면서 취하기도 한다.

두 번째 영역은 의사결정의 영역(Decision making domain)이다. 위의 분류에서는 가장 미시적인 수준으로 의사와 환자 사이의 의사결정 및 소통과 관련된 치료(treatment)에서 참여, 중간 수준으로 보건의료서비스의 자원배분결정이나 서비스 전달(Service delivery)과 관련된 참여, 그리고 국가 차원에서 거시적인 보건의료 분배와 정책에 대한 참여로 나눌 수 있다.

마지막으로 세 번째 영역은 참여의 수준 혹은 단계(level of



participation)에 대한 것이다. 저자들은 Arnstein(1969)의 참여의 사다리를 인용하면서 이를 간략하게 의사결정 과정에 대한 개인들의 통제(control)의 정도를 기준으로 3단계의 구분을 제시했다. 가장 낮은 수준의 시민참여인 자문(consultation)은 시민들에게 정보를 제공하고 이에 대해 개인들이 견해를 표현할 기회를 제공하지만 이에 대한 반응을 보장하지는 않는 것이다. 중간 수준의 시민참여는 파트너십(partnership)으로 시민들과 의사결정자 사이의 협상을 통해 권력을 재분배하고, 기획 과정에서의 의사결정 책임을 공유하는 것이다. 참여의 제일 높은 수준인 지배적인 시민 통제(dominant citizen control)는 일반 참여자들에게 높은 수준의 자율적 의사결정 권한을 부여하고 전통적 의사결정자들로부터 일반인들에게 권력이 이전되는 것을 의미한다.

## 2. 시민참여와 건강

보건의료영역에서 참여의 중요성은 오래 전부터 강조되어 왔다.

1978년 알마아타 선언에서 건강문제를 해결하는 전략이자 원칙으로 참여의 중요성이 제시된 이래로 보건의료개입에 있어서 주민참여는 주된 실행의 원칙 중 하나였다.

김용익(1992)은 우리나라에서 보건의료에서의 주민참여를 전통적인 개념으로 지역에서 부족한 자원을 동원(mobilization)하는 전략으로의 주민참여와 보건의료 정책과정에서의 비대칭적인 권력 관계를 개선하기 위해 필수적인 민주적 정치적, 사회적 참여의 두 가지로 나누어 제시한다(김용익 1992). 이에 더해 스스로의 삶에 영향을 미치는 의사결정과정에 참여함으로써 삶의 본질적 가치를 추구하는 능력(capability) 중 하나인 건강을 충족시키는 민주적

실천으로 참여는 그 자체로 지향점이 되는 당위로 의미를 갖는다(김창엽 2012).

보건의료부문에서의 참여는 다른 영역들에 비해 그 시도가 늦었을 뿐 아니라 충분한 관심과 주목을 받지 못하였으며 이는 우리나라에서는 더욱 그러하다. 대체로 보건의료에서 의사결정은 의료전문가와 관련된 관료, 공무원들에 의해서 이루어질 뿐 정작 스스로의 건강이 좌우되게 되는 환자, 시민은 의사결정과정에서 배제되기가 쉽다. 이런 불균형이 의사와 환자가 직접 대면하는 개인적인 관계에서만 나타나는 것은 아니다. 보건의료정책이나 제도, 건강에 큰 영향을 미칠 수 있는 사회 정책과 관련하여 거시적인 의사결정 속에서도 많은 결정은 대체로 전문가에 의해서 이루어져 왔다(권순만, 유명순 et al. 2012).

이는 보건의료의 속성 자체에서 기인하는 부분이기도 하다. 공급자와 소비자 사이의 정보불균형과 보건의료의 주요한 특성 중 하나인 불확실성은 기존 정책결정의 당사자들이 적절하게 책무를 다하고 있는지에 대한 확인을 어렵게 만든다. Parsons(1951)의 전문가주의 모형에서는 의사의 전문성과 배타적 독점성을 인정하고 있으며, 여기에서 환자의 역할은 의존적이다. 이런 권위주의적인 의사-환자 관계를 정당화 하는 모델은 지속적으로 비판을 받아 왔으며 더 이상 환자들은 수동적이고 일방적인 관계를 원하지 않는다. 그러나 여전히 대부분의 보건의료부문의 의사결정은 이런 전문가와 일반인의 역할에 기반하여 이루어지는 것이 통상적이다(Parsons 1951, Nettleton 1998, 조병희 2011).

하지만 의사결정에서 시민참여의 중요성은 점차 더 많은 관심을 받고 있다. 이전에는 복잡하고 전문적이어서 일반 시민들의 의견보다는 공무원과 전문가에 의한 투명하지 못한 결정이 이루어지던 영역의 안건들이 공개되고 대중적인 관심 아래 놓이게

되는 경향을 보인다. OECD 국가에서는 시민들이 정책의사결정에 있어서 더 이상 누군가가 대신 말해주는 것을 원하지 않으며, 직접 목소리를 내길 원한다는 근거들이 제시되고 있다. 공공기관과 선출된 대표들에 대한 불신은 커지고 더욱 투명하고 대표성 있으며 정당한 결정에 대한 요구가 참여와 직접민주주의에 대한 선호로 이어지게 된다 (Bishop and Davis 2002).

선진국의 시민들은 직접 참여할 수 있는 법적 절차나 제도를 요구하고 있다. 캐나다나 영국, 호주와 같은 나라들에서 보건의료의사결정에서의 민주적 참여와 책무성을 제고하기 위한 민주적 실험들이 2000년 대 이후로 활발하게 이루어져 왔다. 이는 비단 선진국이나 경제적으로 부유한 국가에서만 있는 현상은 아니다. 볼리비아, 브라질과 같이 참여적 민주주의의 새로운 시도가 이루어지고 있는 여러 라틴 아메리카의 나라에서 지역별로 민중건강평의회(people's health council)가 운영되고 있다. 이런 시민적 통제(civic control)를 통해 위한 상향적 의견수렴을 통해 지역사회의 필요를 충족하고 집단의 건강을 향상시키고 있는 사례이다(Fung and Wright 2003).

건강, 보건의료와 관련하여 시민참여가 더욱 중요한 이슈가 되고 있는 배경에는 몇 가지 요인들이 작용하고 있는 것으로 보인다. 먼저 첫 번째로, 전 세계적인 현상인 보건의료비용의 증가와 이를 더욱 가속화하게 될 인구의 노령화이다. 전체 경제에서 보건의료비가 차지하는 비중은 지속적으로 증가해 왔다. 의학기술의 발달과 다양한 치료법의 개발에 따라 보건의료 자원배분은 국가 차원의 치열한 정치적 안건으로 부상했다. 늘어난 평균수명과 경제적 수준에 따라 건강한 삶에 우선순위를 두게 된 개인들의 인식 변화라는 미시적인 변화 역시 건강과 관련하여 보다 적극적인 개입을 시도하게 되는 동기로 작용할 것이다.

둘째, 급성 질병에 대한 대응이 위주였던 이전에 비해 질병의 구조가 만성적이고 생활에 밀접한 것으로 변화하고 있다. 만성질환 중심의 질병구조는 새로운 방식의 보건의료체제와 질병에 대한 접근을 요구하게 되었다. 기존의 상부하달적 방식과 권위적인 환자-의사 관계를 기반으로 하는 접근은 만성질환의 치료와 관리에 적절하지 않다. 환자를 피동적인 수혜자의 위치에 놓는 생의학적인 접근과 치료의 한계는 새로운 방식의 접근을 요한다. 앞으로는 건강한 생활습관과 자기 관리(self-management) 및 자조(self-care)를 중시하는 환자 중심적인 접근이 더욱 중요해 질 수 밖에 없다. 이때 환자들은 스스로의 건강을 만들어 나가는 공동생산자(co-producer)로 건강한 삶을 생산하는 데에 더욱 적극적으로 참여해야 하게 된다. 보다 주체적인 입장을 가지게 되는 것이다.

이런 흐름 중 일부는 개인의 선호(preference)와 선택(choice), 그리고 그에 따르는 책임과 결과를 수용하는 신자유주의적 기조와 맥을 함께하는 것이기도 하다. 이때 개인은 소비자(consumer)로서의 권리를 행사하고 자신의 선호와 선택을 중요시 여기는 참여자의 역할을 담당한다.

그러나 공동생산자의 관점과 소비자의 관점 어느 쪽이든 시민들이 스스로의 건강에 영향을 미치는 안건에 대해 직접 참여하고 민주적인 통제의 주체로서 역할을 할 것을 추구한다는 점에서는 공통적인 지향을 가지는 것이다.

셋째, 개별 시민들의 교육수준 향상과 자유로운 정보 소통에 비례하여 의사결정의 핵심적인 역할을 담당해왔던 전문지식인들의 독점적인 역할에 대한 신뢰가 쇠퇴하고 있다. 정보의 불균형으로 인해 전문가와 관료들이 주요 의사결정을 독점하던 기존의 방식에 대해서 시민들은 더 이상 수동적인 관조자의 입장으로 남기를 원하지 않는다 (Emanuel and Emanuel 1996, Hunter 2008). 일부 선진 국가에서는

병원과 의사의 진료정보에 대한 정보를 공개하고 있으며 환자들은 이에 근거하여 합리적인 의사결정을 내릴 수 있다. 더 많은 정보 공개를 요청하는 목소리가 커지고 있는 것은 우리나라를 포함하여 여러 나라들에서 공통적으로 나타나는 현상이다.

이런 경향은 개인적인 관계에서 비롯되는 미시적인 결정부터 사회적 구조와 분배에 대한 거시적인 정책적인 결정에 이르기까지 전 영역에 걸쳐서 나타나고 있다. 의사의 전문직업성(professionalism)뿐 아니라 정책결정에 관여하는 정치인, 공무원 등이 가지고 있는 전문성과 독점이라는 권위 역시 도전에 직면하고 있다. 다양한 정보가 생성, 공유되고 또한 이를 통해 자원을 축적한 시민들이 의사결정의 독점에 저항하는 것은 정보화 사회의 특성이며 보건의료영역에 있어서도 시민참여의 확대는 불가피한 것으로 보인다(조병희 2011).

### 3. 시민참여의 효과

#### 1) 구성적 효과(compositional effect)

시민참여가 건강에 미치는 효과에 대한 선행연구들은 대체로 개인 수준에서의 참여와 그에 따라 나타나는 효과, 구성적 영향(compositional effect)에 초점을 맞추어 왔다. 이는 시민적 삶에 참여하는 것이 개인적으로 스스로의 건강에 어떤 의미를 가지는지에 대한 것으로 시민참여의 맥락적인 효과(contextual effect)와 구분하여 살펴볼 필요가 있다.

참여와 건강의 관계를 살펴볼 때에 있어서 이것이 참여는 곧 스스로 소속된 공동체에 대한 관심을 표출하고 이에 대한 개입을 시도하는 행위라고 볼 수 있다. 공동의 문제에 대해 관심을 가지고

주체적으로 행동하는 행위는 그 자체로 사회적 욕구를 실현하도록 하는 기회로 이를 통한 변화나 성취는 자기 효능감(self-efficacy)에 영향을 미친다. 참여를 통한 경험들이 시민적 덕성(civic virtue)과 민주주의의 시민적 기술(civic skills)을 습득할 수 있게 한다는 토크빌의 논의는 일반적인 합의 뿐 아니라 다양한 근거로 뒷받침되고 있다(Finkel 1985, 김종욱 2012, 정수현, 강한솔 et al. 2012).

참여의 개인적인 과정은 Maslow의 욕구단계이론(needs hierarchy theory)에 비추어 보면 사회적 욕구(social need), 자기 존중의 욕구(self-esteem), 자기실현의 욕구(self-actualization)와 같은 상위 욕구의 충족 경험이다. 사회적 결사체에 참여하여 의견을 나누고, 인간관계를 형성하며 이들에게 연대감과 소속감을 느낀다. 이런 경험은 개인의 삶을 보다 풍족하고 만족스럽게 만들 수 있다.

참여가 건강에 미치는 개인 수준에서의 긍정적인 영향, 즉 구성적 효과(compositional effect) 역시 다양한 연구를 통해 밝혀져 있다(Lindström, Hanson et al. 2001, Putnam 2001, Kim and Kawachi 2006, Kim, Subramanian et al. 2008, Poortinga 2012).

영국 가구패널조사(British household panel survey)를 통해 9303명에 대해 6년 간 사회적 자본과 건강을 추적 관찰한 연구에서는 사회 참여(social participation)와 일반적인 신뢰(trust)가 주관적 건강에 대해 가지는 긍정적인 영향을 밝혀냈다. 이 연구에서는 코호트 연구설계를 통해 지역사회 조직이나 결사체에 가입하여 활동을 하는 방식의 사회참여와 높은 주관적 건강인식 사이의 인과관계를 확인할 수 있었다. 지속적으로 사회적 활동에 참여하고 있거나 새롭게 사회적 활동에 참여하는 사람들의 경우 건강인식이 개선되는 경우가 더 많았던 것이다. 저자들은 사회적 교류와 이를 통해 형성된 네트워크에서 제공되는 사회적 지지와 더 많은 자원에 대한 접근성 향상이 건강인식 개선에 영향을 미쳤으리라고 추정했다(Giordano

and Lindstrom 2010, Giordano, Björk et al. 2012).

## 2) 맥락적 효과(contextual effect)

참여가 가지고 있는 맥락적 효과(contextual effect)는 구성적 효과에 비해 상대적으로 효과가 확실하지 못하다. 일부 미국이나 스웨덴에서 주(state)나 근린(neighborhood)을 분석단위로 하였을 때 시민참여가 건강에 대해 긍정적인 맥락적인 효과를 가진다는 것을 확인한 연구들이 존재하기는 하지만(Kawachi, Kennedy et al. 1999, Kim, Subramanian et al. 2006, Lofors and Sundquist 2007, Kim, Subramanian et al. 2008) 유사한 지역 수준에서 맥락적 효과가 아주 작거나 없다는 결과가 제시되었고(Poortinga 2006, Engström, Mattsson et al. 2008) 여러 국가를 비교한 연구들에서도 맥락적 영향이 확실하지 않다는 주장들이 제기되고 있기 때문이다 (Kennelly, O'Shea et al. 2003, Mansyur, Amick et al. 2008).

이렇게 많은 논란이 있는 맥락적 효과의 유무는 연구분석의 수준과 거시적인 맥락(context)에 따라 달라지며 따라서 변수들 간의 교호작용(interaction effect)을 파악해야 한다는 논의도 있다. 다양한 연구들을 리뷰한 논문에서 Islam 등은 사회적 참여가 가지는 개인 수준에서의 구성적 효과에 대한 근거는 매우 강건하며 맥락적인 효과의 경우 분석 수준과 맥락에 따라서 달라진다고 하였다. 특히 이들은 해당 사회가 더욱 평등지향적인(egalitarian) 사회일수록 사회적 참여가 가지는 건강에 대한 긍정적인 효과가 감소한다고 잠정적인 결론을 제시했다 (Islam, Merlo et al. 2006).

시민참여는 거시적인 제도나 레짐이 인구집단의 건강에 영향을 미치는 경로 속에서 중요한 역할을 담당하게 된다. 활발한 시민사회는 대중의 집합적 요구를 더 원활하게 충족시킬 수 있는 사회를 만드는

데에도 기여할 수 있다. 다중의 의지, 요구를 관철시키도록 시민의 통제를 가능하게 하기 위해서는 시민들의 유기적인 연대와 네트워크, 결사체적 참여와 여기에서 더욱 힘을 얻어 역량이 강화된 시민사회가 필요하다. 시민들의 정치적 개입이 자유로운 사회에서는 권력을 가진 소수에게 혜택이 집중되는 것을 지양할 수 있다. 일부보다는 다수에게 혜택이 돌아가는 정책과 제도를 지향하는 사회의 성과는 인구집단의 건강에도 반영될 것이며, 그 건강은 다시 사회의 원동력으로 작동할 수 있을 것이다.

전반적인 자원이 부족한 상태에서 주민들의 활발한 참여를 기반으로 경제적, 사회적 성과를 일구어낸 인도의 케랄라, 브라질의 포르투 알레그레 등은 이런 예상을 입증시켜주는 사례이다. 민주적 사회 통제(social control)는 치안, 안전, 보건의료, 상하수도, 도로와 같이 기본적인 삶의 조건을 위한 투자를 촉진하고 사회적 불평등을 줄이는 방향으로 작동했다. 기본적인 물질적 욕구와 안전에 대한 욕구를 충족하고자 했던 시민들의 바람이 반영되도록 하는 주민참여는 만연하던 부패와 관료주의의 폐해를 극복할 수 있었던 것이다. 일부의 성공사례이기는 하지만 건강을 위해 의견을 모으고 국가의 활동을 관리, 감시하는 주민들의 역량과 동기가 성공적으로 응집될 수 있다는 선례가 되고 있는 브라질에서의 민중 건강위원회(municipal health council)의 사례는 시민참여라는 새로운 접근에 대한 가능성을 제시해 준다(Fung and Wright 2001).

전통적으로 건강과 보건의료는 국가의 관료적 통제와 의료전문가의 전문직업주의(professionalism), 그리고 시장 메커니즘의 통제를 받아왔다고 볼 수 있다. 그러나 이 세 가지 수단을 통한 통제는 “민주주의에 기초한 사회적 통제”의 조건을 충족하지 못하는 것이었다(김창엽 2012). 개인적으로나 사회적으로나 건강은 삶을 결정하는 중요한 요소임이 틀림없다. 그럼에도 불구하고 이에



대한 참여와 의사결정이 소수에 의해 독점되어 왔으며 민주적 통제의 가능성에 대한 논의나 시도 역시 드물었다는 것은 역설적이다.

집작할 수 있듯 건강과 건강의 사회적 결정인자에 대한 시민적 통제, 그리고 이를 가능하게 하는 시민의 참여는 현실뿐만이 아니라 학문적 영역에서 역시 충분히 탐구되고 있지 못하다. 선행연구들에서 제시되고 있는 사회적 참여는 수평적인 네트워크, 자발적 결사체와 시민의 영역에 대한 참여로 영역을 제한한다. 집단이나 결사체의 성격과 무관하게 모든 종류의 시민사회영역을 포괄하여 사회적 참여를 규정하고 이것을 측정하고자 하는 것이 일반적인 연구 방법이다. 사회적 참여는 정치적인 참여와 역량강화를 촉진하는 기능을 한다(Macinko and Starfield 2001, 김장락, 정백근 et al. 2012).

그러나 연구의 초점을 사회적 참여에만 두는 것은 수직적 네트워크와 정치적인 영역에 대해 가지는 영향을 간과하는 것이다.

정부와 시민사회의 관계에 있어서 시민참여가 가지는 중요성을 생각한다면 정치적인 참여에 대한 고려가 필요하다. 정치적 구조나 권력 위계가 시민사회와 생활과 연결되는 관계에 대한 수직적인 네트워크가 건강에 미치는 영향은 국민의 건강을 국가의 책임이라고 한다면 서 더욱 중요하다. 보건의료제도, 복지제도와 같이 건강과 관련된 의사결정에 있어서

공적, 제도적 대표성과 정당성에 대한 존중과 신뢰는 사회적인 협력을 촉진하고 갈등을 완화시킨다. 더 나아가 정치적 참여는 사회적인 신뢰를 높이는 데에도 기여한다(Szreter and Woolcock 2004, Kim and Kawachi 2006). 영국의 지역주민들을 대상으로 수평적 참여와 수직적 참여를 구분하여 건강과의 연관성을 살펴본 연구에서는 정치적인 참여와 효능성(efficacy), 신뢰가 다른 여러 사회인구학적 변수들을 보정한 이후에도 주관적 건강인식과 유의한

영향을 가지고 있는 것으로 나타났다. 또한 정치적 참여 수준은 지역사회 수준에서 사회적 박탈과 유의한 연관을 가지고 있었다(Poortinga 2012). 이와 같이 맥락적인 효과를 확인함에 있어서는 사회적 참여보다도 정치적인 참여가 오히려 더 의미 있는 효과를 나타낼 수 있을 것으로 생각된다.

### 3) 경로(mechanism)

시민참여가 건강에 영향을 미치는 경로는 사회적 자본이 건강에 미치는 영향에 대한 연구를 참고하여 설명할 수 있다. 사회적 자본은 사회적 참여 외에도 신뢰와 상호성의 규범, 사회적 응집(social cohesion)과 같은 많은 요소들을 포괄하는 개념이다. 사회적 자본이 건강에 미치는 영향에 대한 경로는 다각적으로 밝혀져 있으며 Berkman 등은 사회적 자본의 효과는 다음과 같은 경로를 통한 영향을 가지고 있을 것으로 추정하고 있다(Kawachi, Kennedy et al. 1999, Kawachi and Berkman 2000, Kim and Kawachi 2006).

첫째, 건강관련행동(health-related behavior)을 통해 매개되는 효과이다. 시민참여와 이로 인해 형성되는 사회적 연결망은 건강정보의 확산을 촉진시킨다. 응집성이 높고 강한 유대를 가지는 연결망은 운동이나 건강한 식습관과 같은 긍정적 건강행동, 규범의 수용성이 높이는 데에 도움이 된다. 비교적 느슨하게 연결된 다양한 속성을 가진 사람들의 연결(loosely connected networks)은 양질의 정보와 자원의 교류를 가능하게 한다(Teorell 2003).

둘째, 사회적 참여는 비공식적인 사회적 통제 수준(informal social control)을 높이며 이는 건강과 관련된 행동과 규범에 영향을 미친다. 사회적 통제와 규범(norm)의 공유는 건강에 해로울 수 있는 행동을 억제한다.

셋째, 공동의 목표를 위해 단합하는 주민조직이 존재하고 응집력이 높은 지역사회는 정부에 대해 다양한 공공서비스를 요구하여 얻어내고 지켜내기 위한 효과적인 대응을 할 수 있다. 교통, 지역 보건의료시설, 운동 및 여가 시설 등 다양한 편의시설에 대한 접근성을 높이는 것은 인구집단의 건강과 밀접한 연관을 갖는다.

넷째, 참여는 자존감(self-esteem)이나 상호존중(mutual respect)을 매개로 하는 심리사회적 과정을 통해 건강에 일정한 영향을 미칠 수 있다.

시민참여가 건강에 미치는 영향의 경로는 위에서 제시된 네 가지 경로 전체를 포괄한다고 보기는 어려울 수도 있다. 그러나 시민참여는 사회적 자본의 기본적 구성요소로 신뢰와 협력을 촉진할 수 있게 하는 기반으로 작용하며, 사회적 자본의 구조적 요소로 빠지지 않는 측면이다(La Due Lake and Huckfeldt 1998, Howard and Gilbert 2008). 그렇다면 시민참여가 건강에 미치는 영향에 대해서도 사회적 자본과 유사한 경로와 개념들에 기대어 탐색할 수 있을 것이다.

## 제 2절 사회적 자본과 시민참여

### 1. 사회적 자본

건강에 영향을 미치는 시민참여에 대한 연구는 주로 사회적 참여를 사회적 자본의 일부 구성요소로 다뤘었다. WHO(1998)는 사회적 자본에 대하여 “사회자본이란 지역사회에 존재하는 사회적 융화 정도를 나타내는 것으로, 상호이익을 위해 네트워크, 규범, 그리고 사회적 신뢰를 구축하고 사람들 사이의 조정과 협력을

촉진하는 과정”이라고 제시한 바 있다 (Kickbusch and Nutbeam 1998, 송예리아 and 남은우 2009).

사회적 자본에 대한 정의는 다양하며 대단히 많은 개념들이 사회적 자본이라는 구성개념(construct) 하에 다루어 졌다. 따라서 관련된 범주(dimension)와 측정(measure) 방법 역시 수많은 연구자들에 의해서 다양하게 규정되어 왔다. 따라서 사회적 자본이라는 구성개념을 초점에 두고 이루어지는 연구에서는 이에 대한 이론적 규명과 정의를 명확하게 해야 하는 어려움이 존재한다.

가장 많은 연구들이 이론적 기반으로 삼고 있는 로버트 푸트넘(Robert Putnam)의 사회적 자본에 대한 연구에서는 사회적 자본의 주요 범주를 시민참여(civic engagement)와 신뢰(trust), 그리고 상호성의 규범(norm of reciprocity)의 세가지로 제시한다. 이외의 다른 많은 개념정의에 있어서도 시민참여는 사회적 자본의 주요 범주의 한 부분을 구성한다. 규범적(normative) 부문과 자원적(resource) 부문의 두 가지 측면으로 사회적 자본을 분류한다면 시민참여는 사회자본의 자원적(resource) 요소이자 구조적(structural) 부문에 속하는 것이라고 할 수 있다(Ferlander 2007, 조병희 2012). 그러나 여기에서 말하는 시민참여는 정치적 참여와 사회적 참여를 구분하지 않는 포괄적인 개념을 뜻하는 경우가 많다.

Woolcock(2000) 등의 연구자들은 사회적 자본이라는 범주에 있어서 수평적 사회자본과 수직적 사회자본 사이의 구분이 이루어지지 않았음을 비판했다. 여기서 수평적 사회자본이 서로 위계적 구조를 가지고 있지 않은 비교적 동등한 입장의 연결망 내에서 이루어지는 교환과 참여, 상호관계를 의미하는 것이라면 수직적 사회자본은 시민사회와 정부, 정부조직이나 정치적 기구나 공식적인 제도와의 관계를 의미하는 것이다. 시민사회와 정부의

관계에 중점을 두고 사회적 자본의 의미를 연구한 연구자들은 기존의 결속형 사회자본(bonding social capital)이나 교량형 사회자본(bridging social capital)과 구분되는 연계형 사회자본(linking social capital)이라는 개념을 제시하였으며 이에 대한 연구는 상대적으로 많지 않다(Woolcock and Narayan 2000, Szreter and Woolcock 2004). 본 연구에서는 사회적 자본이라는 전체 구성개념보다는 시민참여라는 보다 구체적인 행위의 건강영향에 초점을 맞춘다.

## 2. 사회적 참여

사회적 참여는 자발적인 참여를 통한 시민들 간의 연결망, 혹은 네트워크를 의미한다. 사회적 참여는 그 과정에서의 협력과 공유되는 경험을 통해 시민들에게 일반적 신뢰(generalized trust)와 호혜성(reciprocity), 그리고 공유되는 규범(norm)을 축적하는 데에 기여한다. 이런 사회적 참여는 궁극적으로 공동의 목적을 추구하기 위한 협력을 이끌어내고 사회의 질 향상에 기여할 수 있다(Putnam 2001, Sundquist and Yang 2007).

민주주의의 심화라는 과제에 있어서도 활발한 사회참여는 시민들이 다양한 의사결정의 과정에 참여하는 기회를 가지게 함으로써 정치적 기술을 획득하고 서로의 의견을 조율해 나가면서 숙의(deliberation)의 과정을 거치게 하며 공적 논의의 장(public sphere)을 형성함으로써 시민적 덕목(civic virtue)을 쌓을 수 있도록 하는 방법으로 간주된다(Fung and Wright 2001).

사회적 참여(social participation)는 일반적으로 다양한 공식적·비공식적 사회결사체에 대한 참여를 개인 수준에서 측정하여

결사체 참여여부(membership)를 합산하여 이용한다. 푸트넘은 사회적 참여가 공식적(formal)·비공식적(informal) 조직에 대한 참여를 모두 포괄하는 것이라고 하였으며, 따라서 공익집단이나 비영리 시민사회단체 등에 제한하지 않고 각종 공동체와 자조집단, 종교단체와 스포츠클럽까지를 사회적 참여의 범주에 포함하여 사회적 참여가 규정하였다. 또한 지역사회 수준에서 사회적 참여의 맥락적 효과를 살펴 볼 때에는 개인변수들을 분석단위가 되는 지역별로 취합(aggregation)한 지표를 상위 수준에서의 사회적 참여의 변수로 사용하는 경우가 대부분이다(Daniel Kim 2008).

### 3. 정치적 참여

정치적 참여는 ‘정부의 활동에 영향을 미치는 것을 목적으로 하는 일반 시민들의 모든 활동’을 의미한다(Nie, Verba et al. 1974, Teorell 2003). 정치적 참여는 제도적(institutional), 전형적(conventional) 정치참여와 비제도적(non-institutional), 비전형적(un-conventional) 정치참여로 구분할 수 있다. 제도적 정치참여로는 대표적으로 투표와 같이 국가에서 제도적으로 보장하는 일반적인 형식의 참여가 포함된다. 반면 비제도적 정치 참여는 국가에 의해 제도적으로 보장되어 있지 않은 방식의 보다 자발적이고 저항적인 참여를 의미한다. 여기에는 다양한 방법들이 포함되게 되는데 주로 측정을 위해 사용되는 문항들로는 탄원서·진정서에 서명, 보이콧, 시위, 파업, 촛불집회 등에 대한 참여 등 대체로 기존의 정부방침에 대한 저항이 있을 때의 참여가 포함되는 경우가 많다. 이 외에도 공직자 또는 정치인과의 개인적인 접촉, 정당(political party)의 구성원으로 활동, 선거 캠페인 활동, 개인적인 로비활동 등도 비제도적 정치 참여

행위라고 할 수 있다.

정치적 참여는 앞에서 공식적·비공식적 자발적 사회결사체 참여라고 조작화하였던 사회적 참여에 의해 배태된다. 사회적 참여를 통한 정보의 교환과 지지, 역량강화는 정치적 참여를 촉발시키며 궁극적으로 공동의 목표를 추구하는 역량을 배양할 수 있게 해준다. 이는 다양한 양적, 질적 연구들에 의해서 뒷받침되고 있다(Finkel 1985, Teorell 2003, 이숙종 and 유희정 2010).

그러나 개인 수준에서 정치적 참여는 오히려 건강을 악화시킬 수 있다. 정치적 참여, 특히 비제도적 정치 참여는 개인의 자원을 소모하게 만들며 정치적 활동을 조직하고 정부에 대한 항의를 표출하는 것은 개인의 업무생산성이나 대인관계에 부정적인 영향을 미칠 가능성이 있다. 따라서 이런 요소들이 잠재적으로 부정적인 심리적 요소로 이어지는 것이 건강수준 혹은 주관적 건강 인식을 감퇴시킬 수 있을 것이다(Kim and Kawachi 2006).

정치적 참여의 긍정적인 효과에 대한 관심은 국가, 지방자치구역과 같이 맥락적인 효과에 주목한다. 왜냐하면 정치적 참여가 영향력을 행사하고자 하는 대상은 개인 한 사람이 아닌 다수의 시민들에게 영향을 미치는 제도, 정책, 그리고 사회의 분배구조와 관련된 것이기 때문이다. 비록 정치적인 참여가 개인에게 미치는 영향이 부정적인 것이라고 하더라도 사회 전반적인 건강에 긍정적인 영향을 미칠 수 있는 것은 이 때문이다.

활발한 시민참여가 인구집단의 건강에 긍정적인 영향을 미칠 수 있는 경로로는 다음과 같은 설명이 가능하다. 시민들의 적극적인 참여와 이를 통한 활발한 사회적 통제는 의사결정에 관여하는 정치인, 공무원 등 주요행위자들에게 책임과 책무를 요구하게 된다. 이런 사회에서는 첫째, 보건의료체계와 전국민 의료보험과 같은 공공의료제도나 의료접근성과 질을 결정하는 정책들에 대해 다수의

요구를 반영하게 된다. 둘째, 보건의료부문이 아닌 건강에 영향을 미칠 수 있는 연금, 노동, 환경, 도시, 교육과 같은 더 넓은 영역들에 대해서도 적극적인 시민적 통제는 건강에 우호적인 환경을 조성하는데 도움이 된다. 셋째, 과도한 의료비 지출은 건강을 악화시키며 이로 인해 발생하는 빈곤은 다시 불건강의 원인이 된다. 건강과 빈곤의 순환에서 시민들을 보호할 수 있는 사회적 안전망의 구축은 불평등한 권력과 자원분배체계에 대한 다(McKenzie and Harpham 2006).

한편 도구적 관점에서 효과나 가능성을 염두에 두지 않는다고 하더라도 정치적 참여는 민주주의의 심화를 그 자체로 지향되어야 할 목표이기도 한다. 시민참여를 통한 정치적 정당성과 사회적 합의는 사회계약론적 관점에서 민주주의 정부가 확보해야 하는 필요조건에 해당한다. 사회적 참여가 자발적이고 개인의 선택에 따라 결정되는 것에 비해 정치적 참여는 그 자체로서 당위적 성격을 가지며 민주주의적인 가치의 실현으로 추구되어야 하는 것으로 차별화 된다.

정치적 참여가 활발한 사회의 시민들은 공적인 의사결정과 자원·권력의 배분에 개입하고 스스로의 주권을 행사한다. 이런 민주적인 사회에서는 스스로의 건강에 영향을 미치게 될 결정들에 대해서 더 많은 이들이 참여할 수 있게 되며, 이를 통한 정치적 역량 강화는 이후에 더욱 많은 참여와 더 많은 참여의 제도화로 이어진다(Szreter and Woolcock 2004). 정치적 역량강화와 정치적 효능감의 확보는 미시적 차원에서도 시민들이 스스로의 삶에 대한 더 많은 통제를 할 수 있도록 해주며 이것은 건강과 무관하다고 볼 수 없을 것이다(Sundquist, Johansson et al. 2006).



## 제 3절 민주주의와 건강

### 1. 민주주의와 건강

국가의 정치적 구조는 건강을 포함한 사회의 모든 면에 영향을 미치게 된다. 정치체계가 얼마나 권위적인지, 부패의 수준이 어떠한지, 정부의 기술적 행정적 역량이나 정치체계의 가치지향이 어떠한지, 정당의 대표적 정치전략이 어떤 것인지 등 많은 정치적인 요소들은 국민의 건강과 밀접한 연관을 가지게 된다.

현대 민주주의 체제의 경쟁적 정당제에서는 일반적으로 시민들의 요구와 선호에 민감할 수 밖에 없으며, 정당성과 대표성을 확보하기 위해 노력하게 된다. 따라서 이런 과정을 강화하는 일반선거, 보편적 선거권과 시민의 자유, 대표성을 확보한 대의 민주제의 정립 등 민주적 속성을 충족시키는 것은 국민들의 건강에 긍정적인 영향을 미치게 된다(Ruger 2005).

민주적인 사회와 그렇지 않은 사회에서의 삶과 죽음은 극명하게 나뉜다고 이야기하는 학자도 있다. 같은 조건이라고 하더라도 민주주의 사회는 더 낮은 사망률과 영아사망률을 보인다. 사회가 민주적일수록 아이들은 더 많이 살아남고, 성인이 되어서도 더 건강하게 긴 삶을 산다는 것이다(Przeworski 2000, Campbell 2008).

물론 이는 역사적, 문화적 맥락에서 자유로울 수 없으며 매우 복잡하고 다양한 경로를 따라 이루어진다. 정치적인 구조가 건강에 영향을 미치기까지는 오랜 기간에 걸쳐 여러 효과가 누적되며 따라서 지연효과(lag effect)를 고려해야 하기도 하다. 그러나 자유민주주의 체제가 더 오래된 나라들에서 기대수명과 영아사망율, 더 나아가 예방접종이나 위생, 의료비 지출의 수준이 높음을 확인할 수 있다는

것은 정치적인 결정체계인 민주주의가 건강수준의 향상에 분명히 기여를 하고 있음을 의미한다(Besley and Kudamatsu 2006).

더 나아가 민주주의 체계 내에서도 평등지향적(egalitarian) 정치적 전통을 가지고 있는 사민주의 국가에서 국민들은 더 건강하고, 오래 산다. 부유한 국가 중에서도 사회 민주주의 레짐을 가지는 국가에서 가장 전반적 건강 상태가 양호하고 건강 불평등이 적기도 하다(Muntaner, Borrell et al. 2011). 정치적으로 공공의료서비스를 비롯한 평등지향적 복지 정책을 강력하게 옹호하는 나라일수록(Chung and Muntaner 2006) 건강수준이 양호하며 노동시장에서의 분배 정책, 소득불평등, 좌파정당 지지도 등도 국가의 건강상태를 결정하는 데에 있어서 유의한 요소라는 연구도 있다(Navarro, Borrell et al. 2003). 그러나 이와 같은 연구들은 대체로 OECD 국가를 중심으로 경제적으로 부유하고 민주주의적 정치체계를 갖추고 있는 나라들에 국한된 분석이라는 제약을 가진다.

## 2. 프리덤하우스의 민주주의 측정

프리덤하우스(Freedom house)는 1941년 미국에서 루즈벨트 대통령의 부인인 엘리노어 루즈벨트 등에 의해서 설립된 비영리, 비당파적 기구(nonprofit, nonpartisan organization)이다. 이들은 극우와 극좌의 독재를 반대하며 전 세계에 자유의 확대를 지지하는 독립적인 비정부기관이라고 스스로를 규정한다<sup>①</sup>.

프리덤하우스는 1972년부터 전 세계 나라의 민주주의와 정치적 자유에 대한 보고서인 “세계의 자유 보고서(Freedom in the World

---

<sup>①</sup> <http://www.Freedomhouse.org>

report)”를 발간하고 있다. 여기서 제시하는 프리덤하우스의 민주주의 지수(Democracy index)는 정치적 권리(political right)와 시민적 자유(Civic liberty)를 측정하여 취합해서 만들어진다.

이 지표는 많은 경우 정보에 대한 제약이 있는 개발도상국에 대한 정보를 포함하고 있으며 세부 항목별 지표까지 공개한다. 또한 30년이 넘는 기간 동안 지속적으로 방법론적인 논의와 개선이 이루어지고 있다는 강점이 있다.

그러나 프리덤하우스의 측정과 서열화는 전형적인 서양 중심의 자유 민주주의(liberal democracy)를 기준으로 한다는 한계가 지적되고 있다. 이코노미스트 정보 부서(Economist intelligence unit, EIU)에서는 프리덤하우스의 민주주의 지표가 협의의 선거 민주주의에 대한 기준만을 측정하고 있으며 이는 충분하지 못하다고 말한다(Kekic 2007).

같은 민주주의라고 하더라도 사회 별로 추구하는 민주적 가치의 우선순위와 정치적 맥락이 상이하다는 것은 분명하며 프리덤하우스의 민주주의 지수는 이런 차이를 구분해내지 못한다. 사회 민주주의 국가로 분류되는 스웨덴, 스위스, 노르웨이와 자유 민주주의 국가로 분류되는 미국, 영국 모두가 정치적 권리와 시민적 자유라는 두 범주 모두에서 최고 점수(1점)를 받아 자유 민주주의 국가로 분류되고 있다. 다수결주의(majoritarian)와 합의(consensual) 민주주의를 구분하지 하며 노동, 복지, 보건과 같은 민주주의와 자유를 측정하는 데에 있어 중요한 요소들을 측정에 포함하지 못한다. 따라서 일부 연구자들은 이 지표가 민주주의가 아닌 자유(freedom)만을 측정하는 지표라고 주장한다(Coppedge, Gerring et al. 2011).

그러나 적어도 이 지표는 동시대에 민주주의적 가치라고 다수에게 합의되어 있는 부문에 대한 측정이라고 일컬어지며(Campbell 2008) 따라서 이에 대한 지표를 연구에 활용하였다.

## 제 3장 연구설계

### 제 1절 연구자료와 분석범위

#### 1. 연구자료

본 연구는 문헌고찰과 여러 국가의 자료수집을 통한 계량적 분석을 포함한다. 시민참여와 건강의 관계에 대한 다양한 선행연구를 Google scholar를 통하여 검색하였다. 키워드로는 “civic engagement”, “civic participation”, “participation and health”, “social control and health”, “public participation”등을 이용하였다.

계량적 분석은 세계가치관조사(World Value Survey)의 wave 5 자료를 토대로 하였다. 이는 1981년 유럽가치조사(European Value Survey)를 연원에 두는 자료로, 21개 국을 대상으로 조사가 이루어졌던 1981-1984년의 wave1을 시작으로 약 5년을 주기로 전세계 여러 국가를 대상으로 반복되어 실시되고 있다. 매 설문에서는 각 국가별로 최소 1,000명 이상의 성인(18세-85세)을 대상으로 대인면접방식의 설문조사를 실시하며 이 자료를 통해 세계 여러 나라 시민들의 가치, 신념, 태도 등을 측정한다<sup>②</sup>. 세계가치관조사는 조사 대상 범위가 포괄적이고 사회적 자본과 관련된 연구에서 사용되는 지표들을 지속적으로 이용하고 있어 건강과 사회적 자본을 주제로 하는 다양한 국제적 비교연구에서 이용되고 있다.

본 연구에서는 2005년에서 2008년 사이에 수행된 wave 5

---

<sup>②</sup> [www.worldvaluesurvey.org](http://www.worldvaluesurvey.org)

세계가치관조사 자료를 분석대상으로 한다. Wave 5에서는 총 57개 국가를 대상으로 설문이 이루어졌다. 본 연구에서는 인구수가 총 100만명이 되지 않는 국가<sup>③</sup>를 제외하고 시민참여 변수가 설문에 포함된 44개국을 분석 대상으로 포함하였다<sup>④</sup>. 국가의 경제적 수준을 포함시킨 모델에서는 World Bank가 제공하는 1인당 GNIpc(Gross national income per capita, US\$) 자료를 이용하였다<sup>⑤</sup>.

## 2. 분석 단위(level of analysis)

시민참여를 생각할 때에 분석의 단위는 매우 중요하다. 시민참여를 어떤 수준에서 규정하는지에 따라서 그 영향과 경로는 각각이 상이한 동기와 결과를 나타낼 수 있기 때문이다.

참여나 사회적 자본과 같은 사회적인 활동이 건강에 미치는

---

<sup>③</sup> 필요한 변수에 대한 설문조사가 이루어졌던 국가 57개국 중 인구수 78,360명(2012년 기준)인 Andorra를 제외함

<sup>④</sup> wave5를 사용한 45개국은 2005-2008년판으로, 해당국가의 자료 조사연도는 다음과 같다. Australia [2005], Brazil [2006], Bulgaria [2006], Burkina Faso [2007], Canada [2006], Colombia [2005], Cyprus [2006], Chile [2006], Egypt [2008], Ethiopia [2007], Finland [2005], France [2006], Georgia[2008], Germany [2006], Ghana [2007], Great Britain [2006], India [2006], Indonesia [2006], Italy [2005], Japan [2005], Malaysia [2006], Mali [2007], Mexico[2005], Moldova [2006], Morocco [2007], Netherlands [2006], Norway [2007], Peru [2006], Poland [2005], Romania [2005], Russian Federation[2006], Serbia [2006], South Africa [2007], South Korea [2005], Sweden [2006], Switzerland [2007], Thailand [2007], Trinidad and Tobago [2006], Turkey [2007], Ukraine [2006], United States [2006], Viet Nam [2006], Zambia [2007]

<sup>⑤</sup> World DataBank, <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD>

영향이 그 지역에 모여있는 개인들이 가지는 동질적인 요소에서 기인하는 구성적 효과(compositional effect)인지 아니면 지역사회나 국가가 가지는 맥락적 효과(contextual effect)에 의한 것인지에 대한 논란은 오랫동안 이어져 왔다. 하지만 최근의 (Kawachi and Berkman 2000, McKenzie and Harpham 2006).

맥락적 효과를 확인하기 위한 분석의 수준 역시 다양하여 한가지로 정해져 있지 않다. 스웨덴에서는 약 3000명정도의 주민이 거주하는 근린지역을(Lindström, Moghaddassi et al. 2003), 영국은 약 10,000명 정도가 거주하는 행정관리지역 별로 (Mohan, Twigg et al. 2005), 미국에서는 각각의 주(state)를 단위로(Kawachi, Kennedy et al. 1999) 분석이 이루어졌으며 그 수준에 따라서 시민참여의 맥락적 효과는 다른 결과를 가지고 있었다. Macinko 등은 사회적 자본의 분석단위를 아래와 같이 네 가지로 분류하였다(Macinko and Starfield 2001).

- ① 국가(Country), 주(State), 지역(Region), 지자체(local municipality)와 같이 역사, 문화, 제도 에서 동질적인 속성을 가지고 있는 거시수준(Macro-level)
- ② 이웃(neighborhoods), 지구(blocks)과 같이 많은 경우 행정적 지리적 경계에 근거하며 일종의 지역사회(communitiy)를 형성하고 실질적인 이웃을 주고받는 중간수준(Meso-level)
- ③ 개인들의 관계, 연결망에서 기인하는 속성으로 사회네트워크(social network), 사회참여(social participation)를 포함하는 미시수준(Micro-level)
- ④ 개인의 태도, 인식에 속하는 특성으로 신뢰(trust), 규범(norm)을 개인의 심리학적 수준(individual psychological level)

본 연구에서는 미시수준(Micro-level)의 변수인 사회 참여나 결사체에 대한 참여를 말하는 사회네트워크들에 대한 변수와 거시 수준(Macro-level)으로 국가를 분석단위로 이용하였다. 국가는 각기 고유한 역사적, 문화적, 정치적으로 특성을 가지며 국가 별로 균일한 법적, 제도적 절차와 규정을 가지고 있다는 점에서 적절한 단위가 될 수 있을 것으로 생각되었다.

개인과 국가 수준의 영향을 동일한 모델에서 분석하여 두 수준의 변수특성이 가지는 영향을 구별하여 내고자 한 것은 본 연구의 특징이라고 할 수 있다. 개인적인 참여가 건강에 미치는 영향을 보정한 이후에도 사회적 시민참여의 수준이 인구집단의 건강에 미치는 영향이 존재하는지를 확인하고자 한다.

## 제 2절 변수의 정의

### 1. 종속변수

#### 1) 주관적 건강인식

본 연구에서는 개인 및 집단의 건강에 대한 지표로 주관적 건강인식을 종속변수로 이용하였다. 주관적 건강인식은 향후 사망률을 예측하는 강력한 지표이다. 또한 이는 WHO가 주장하는 건강의 전체론적(holistic definition) 정의와 궤를 함께하는 다양한 요소들을 포괄하는 통합적인 지표이기도 하다(Quesnel-Vallée 2007). 특히 이는 측정이 용이하고 실용적이어서 다양한 사회과학적 연구에서

사용되었다(Idle and Benyamini 1997).

세계가치관조사에서는 주관적 건강인식을 4개 혹은 5개 척도로 질문하였으며 한국의 경우 “요즘 00님의 건강상태는 어떻습니까?”라는 질문에 “① 매우 건강하다, ② 건강한 편이다, ③ 건강하지 않은 편이다, ④ 전혀 건강하지 않다”로 응답하게 하였다. 대부분의 나라들이 4개 척도를 사용한 것에 비해 터키와 남아프리카의 경우에만 5개 척도로 응답을 하도록 하였으나 부정적인 응답의 두 척도는 모두 영어로 해석상 ‘fair’와 ‘poor’로 동일하였다.

많은 선행연구들에서는 주관적 건강인식을 보통에서 나쁨(fair to poor)의 응답을 묶어서 부정적 건강인식으로 분류하고 종속변수를 이분변수화 하여 사용하였다. 본 연구에서도 주관적 건강인식에 대한 응답을 이분변수화 하여 분석에 이용하였다.

## 2. 독립변수

### 1) 정치적 참여

정치적 참여(political participation)에 대한 변수는 제도적 참여(conventional participation)로 투표참여와 비제도적 참여(unconventional participation)로 나누어 변수로 활용하였다.

제도적 참여에 대한 문항으로는 “당시는 지난 총선(parliamentary election)에 참여하였습니까?”에 대한 질문에 대한 응답으로 투표 참여 여부를 이분 변수로 응답하였다.

비제도적 정치 참여에 대한 질문은 다양한 문항들을 취합하여 이용한다. 세계가치관 조사의 전체 설문지에는 정치적 활동(political action)이라는 범주 아래 i) 탄원서·청원서에 서명(signing a petition), ii) 보이콧에 참여(joining in boycotts), iii) 합법적·평화적 시위에



참여(attending lawful/peaceful demonstration), iv) 비합법적 항쟁에 참여(unofficial strike) v) 기타 정치적 활동에 참여 의 여섯 가지의 항목이 포함되어 있었다. 그러나 이들 중 대부분의 국가의 설문에는 앞의 세 문항만 포함되어 있었고, 여섯 문항을 모두 이용한 것은 페루와 캐나다 두 나라뿐이었기에 앞의 세가지 문항에 대한 응답을 비제도적 정치 참여 변수로 이용하였다.

비제도적 정치 참여 의향에 대한 응답은 “참여했을 것이다(have done)”, “참여할 수도 있다(might do)”, 절대 참여하지 않을 것이다(would never do)”의 세 가지의 선택지가 제시되었다. 따라서 본 연구에서는 비제도적 정치 참여라는 변수로 탄원서·청원서에 서명, 보이콧 참여, 합법적·평화적 시위 참여 의향에 대한 응답을 합한 값을 이용하였다.

개인 수준에서 제도적·비제도적 정치 참여가 위에 설명한 바와 같이 조작화 되었다면 국가 수준에서의 제도적·비제도적 참여에 대한 변수는 개인 수준에서의 응답을 국가 별로 평균을 구하여 취합평균값(aggregated value)를 이용하였다. 국가 수준에서의 투표율은 전체 설문참여자 중 투표에 참여한 비율을 국가 투표율로, 비제도적 정치 참여의 경우 개인 수준에서 세 문항을 취합한 것을 국가별 평균점수로 하였다.

## 2) 사회적 참여

세계가치관 조사에서는 i)교회 등 종교조직, ii)스포츠나 레크리에이션 단체, iii)음악, 미술, 교육 관련 단체, iv)노조, v)정당, vi)환경 단체, vii)전문가 집단, viii)봉사·기부 단체에 가입되어 있는지에 대해 묻고 있다. 여기에 대한 대답은 “활발한 참여(active member)”, “소극적 참여(inactive member), “참가 안 함(not a

member)”의 세 가지로 제시되었다. 개인수준에서의 사회적 참여는 위의 여덟 가지 종류의 사회적 결사체에 대한 참여 여부에 대한 대답을 취합하여 이용하였으며, 마찬가지로 국가 수준의 사회적 참여의 경우에는 국가별로 사회적 참여에 대한 점수를 합산 평균한 값을 이용하였다.

### 3) 민주주의 지표

민주주의 수준에 대한 변수로는 프리덤하우스(freedom house)의 세계자유상황지표를 이용하였다. 프리덤하우스의 자유지수는 정치적 권리(political right)에 대한 10개 지표로 선거과정(Electoral Process), 정치적 다원주의와 참여(Political Pluralism and Participation), 정부의 기능(Functioning of Government), 추가적 정치적 권리(Additional Discretionary Political Rights)을, 시민적 자유(Civic liberty)에 대한 15개의 지표로 신념과 표현의 자유(Freedom of Expression and Belief), 결사의 권리(Associational and Organizational Rights), 법치(Rule of Law), 개인의 자율성 및 개인의 권리(Personal Autonomy and Individual Rights)를 측정한다. 프리덤하우스는 이를 통해 정치적 권리와 시민적 자유에 대해서 각각 1점에서 7점 사이의 점수를 부여한다. 본 연구에서는 이 지표를 민주주의의 지표로 이용하였으며 이에 대한 보정을 통해서 비교적 동일한 민주주의적 수준을 보유하고 있는 나라에서 시민참여의 수준에 따라 건강수준이 달라지는지에 대해 확인해 보고자 하였다.

#### 4) 공공의료비 지출

총 의료비 지출 중 국가가 부담하는 공공 의료비 지출을 매개변수로 설정하였다. 이에 대한 자료는 WHO의 Global health expenditure Database에서 국가별 공공 의료비 지출(국가 GDP 대비 %)를 자료를 이용하였다. 총 의료비 지출과 공공의료비 지출이 동시에 모델에 포함됨에 따라 발생할 수 있는 다중공산성(multi-collinearity)을 해결하기 위하여 공공의료비지출 변수는 총 의료비 지출 중에서 공공의료비가 차지하는 비율(%)을 이용하였다.

### 3. 통제변수

#### 1) 개인 수준의 인구사회학적 변수

건강수준에는 영향을 미치는 개인 수준의 인구사회학적 변수들을 보정하였다. 보정 변수로는 성별, 연령, 교육 수준, 결혼상태, 소득 수준을 이용하였다. 소득의 경우 가계소득을 기준으로 각자의 가정이 국가 전체를 고려하였을 때 전체에서 어느 정도 수준에 속하는지에 대해서 10분위 별로 구분하여 질문하였으며 교육수준의 경우 국가별로 서로 다른 정도의 의무교육연수와 교육수준을 가지고 있기 때문에 공식적으로 교육을 받은 연수에 대한 응답을 국가 별로 3분위로 구분한 3분 척도를 이용하였다. 결혼상태의 경우 결혼한 경우나 동거하고 있는 경우를 기준(baseline)으로 이혼·사별·별거 상태, 그리고 결혼한 적이 없는 독신인 경우의 3가지 군으로 나누어서 살펴보았다.

## 2) 국가총소득

건강에 영향을 미치는 주요한 국가변수로 국가의 경제적 수준을 반영하고자 하였으며 이를 위해 World bank database에서 제공하는 국민 1인당 국가총소득(Gross National Income per capital)을 이용하였다. 기준 연도는 세계가치조사 5<sup>th</sup> wave가 진행되었던 2005년을 기준으로 하여 1인당 국가총소득을 구하였으며 해당 연도의 자료가 없는 경우 가장 근접한 연도의 자료를 이용하였다.

## 3) 국가 총의료비지출

국가별로 의료비 지출을 통제변수로 이용하였다. 이에 대한 자료는 WHO의 Global health expenditure Database에서 44개국의 의료비지출 자료를 파악하였다. 국가별로 경제적 수준이 서로 다르기에 국가의 의료비 지출은 총 GDP 대비 보건의료비 지출의 비율(%)을 변수로 이용하였다. 여기에서 총의료비는 민간과 공공 영역의 지출을 모두 포함한 전체 의료비를 의미한다.

### 제 3절 분석 모형과 방법

본 연구에서는 시민참여를 주요 독립변수로 하여 개인적인 참여와 국가 수준에서 시민참여가 건강에 미치는 영향을 확인해 보고자 하였다. 선행연구 고찰을 통해 설정한 연구가설은 다음과 같다.

- 1 첫째, 개인 수준에서 시민참여는 주관적 건강인식에 영향을 미칠 것이다. 참여의 세부 범주 별로 건강인식에 대한 영향은 아래와 같을 것이다.
  - 1-1 사회적 참여(social participation)를 하는 사람들은 보다 긍정적인 건강인식을 가지고 있을 것이다.
  - 1-2 투표 참여(voting)를 하는 사람들은 보다 긍정적인 건강인식을 가지고 있을 것이다.
  - 1-3 비제도적 정치 참여(non-institutional political participation)에 참여하는 사람들은 상대적으로 부정적인 건강인식을 가지고 있을 것이다.
- 2 둘째, 시민참여는 국가라는 맥락적 수준에서 국민들의 건강에 영향을 미칠 것이다. 참여의 세부 범주 별로 건강인식에 대한 영향은 아래와 같을 것이다.
  - 2-1 활발한 사회적 참여는 긍정적인 국민들의 건강인식과 상관관계를 가지고 있을 것이다.
  - 2-2 활발한 비제도적 정치 참여는 긍정적인 국민들의 건강인식과 상관관계를 가지고 있을 것이다.
- 3 셋째, 시민참여의 맥락적인 효과는 국가의 민주주의 수준과 이로 인한 공공의료비 지출과 같은 정책적인 개입을 통해 건강에 영향을 미칠 것이다.

위와 같은 연구가설에 따라서 구성한 분석모형을 Figure 2에 제시하였다. 개인수준에서 시민참여와 국가수준에서 시민참여가 건강에 미치는 영향을 검토함에 있어서 개인 수준에서의 통제변수로 사회경제적 특성, 성별, 연령의 개인적 특성을, 국가 수준의 통제변수로 경제적 수준과 국가의 의료비 지출을 변수로 이용하였다. 또한 시민참여가 건강에 영향을 미치는 경로에서 중요한 위치를 차지할 것으로 생각한 민주주의의 수준과 공공의료비 지출을 순차적으로 모델에 추가하여 매개효과를 확인하고자 하였다. 위의 모형에서 타원으로 도식된 사회안전망과 공공정책은 시민참여와 민주주의적 절차와 가치에 따라 결정되고 건강수준에 영향을 미칠 것으로 생각되지만 본 분석에서 변수로 포함되지 못한 부분을 의미한다.

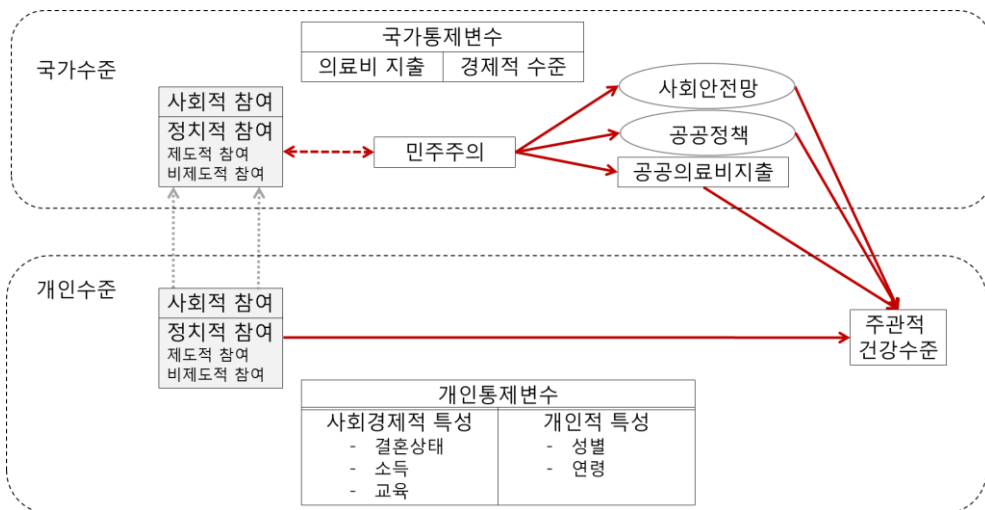


Figure 2 분석모형

국가나 사회와 같이 집합을 분석의 수준으로 하는 맥락적 연구(contextual study)에서는 지역사회나 국가와 같은 집단을 분석단위로 이용하는 연구에 있어서 상관관계가 드러났을 때에

이것이 개인특성에 의거하는 것인지 아니면 지역 특성에 의거하는 것인지에 대한 구분의 문제가 발생한다. 즉 생태학적인 오류(ecological fallacy)의 발생 가능성을 고려해야 하는 것이다.

사회적 인식, 참여와 같은 요인들이 건강에 미치는 영향에 대한 연구는 구성적 효과(compositional effect)와 맥락적 효과(contextual effect)를 구분하기가 더욱 힘들다. 따라서 본 연구에서는 개인의 참여와 국가 수준의 참여가 건강에 미치는 효과를 구별해내기 위해 다수준 분석방법을 이용한다. 기존에 사회적 자본의 구성적 효과와 맥락적 효과를 구분하기 위하여 방법론에 대한 많은 고민을 하였던 연구자들은 사회의 속성이 가지는 효과를 구분해 내기 위해 위계적 구조를 가지고 있는 자료를 이용한 다수준분석이 방법론상으로 적합하다고 하였다(Kawachi, Kim et al. 2004, Mansyur, Amick et al. 2008). 2000년대 이후 많은 관련 연구들에서 다수준 분석을 주된 분석방법으로 사용하고 있으며 이는 일반적 선형회귀모형을 이용할 경우에 발생할 수 있는 생태학적 오류(ecological fallacy)를 극복할 수 있는 방법으로 제시되고 있다.

일차적으로 사회경제적 요인 및 참여가 건강에 미치는 영향에 대해 기술통계량을 확인하였으며 다항로지스틱회귀분석을 통해 개인적 특성 인구사회학적 특성과 시민참여와 건강인식의 상관관계를 살펴보았다. 국가 수준에서 참여가 건강에 미치는 영향을 확인하기 위해 일차적으로 주요변수간의 상관분석을 통해 거시적 관계의 경향성을 확인한다. 이후 개인 수준에서 측정된 종속변수에 개인의 요소들이 미치는 영향과 국가 수준의 변수들이 영향을 동시에 확인하기 위하여 위계적 일반화 선형모형(hierarchical generalized linear model)인 다수준로지스틱회귀분석 (multilevel logistic regression analysis)를 수행하였다. 통계처리는 SAS 9.3과 STATA 12.0을 이용하였다.

표 1 주요 변수와 자료원

구분		지표	자료원	비고	값
종속 변수		주관적 건강인식	WVS 5 <sup>th</sup> wave	1-4/5 scale, fair/poor 라고 응답한 경우 1	0~1
	개인 변수	제도적 정치참여 비제도적 정치 참여 사회적 참여	WVS 5 <sup>th</sup> wave	투표 여부  탄원서 서명, 보이콧, 평화적 시위 참여 교회 등 종교/스포츠, 여가/음악, 미술, 교육/노조/정당 /환경/전문가/봉사·기부 단체 참여 여부	0~1  1~7  0~16
	국가 변수	제도적 정치참여 비제도적 정치 참여 사회 참여	WVS 5 <sup>th</sup> wave	국가별 투표율  해당 지표 국가별 평균값  해당 지표 국가별 평균값	단위 %    
통제 변수	개인 변수	성별	WVS 5 <sup>th</sup>	남, 여	0~1
		연령	wave	연속변수	15~97
		결혼 상태		1: 결혼·동거, 2: 이혼· 별거·사별, 3 독신	1~3
		소득 수준		주관적 가계 소득 수준, 10개로 범주화	1~10
		교육 수준		국가 별 상대적 교육수준, 3개 범주	1~3
	국가 변수	국가총소득	World Bank	GNI per capita	US\$ /1,000
		총의료비		총의료비/GDP(%)	
	매개 변수	민주주의지표	Freedom house	World Freedom report	2~14
		공공의료비율	WHO	공공의료비/총의료비(%)	



## 제 4장 연구결과

### 제 1절 표본의 일반적 특성

표본의 일반적 특성에 대한 기술적 통계값을 확인하였다. 표 2에는 연구대상자들의 사회경제적 특성과 주요 변수의 최소, 최대값과 평균, 표준편차를 제시하였다. 전체 분석 대상 50,859명 중 약 49%가 남성으로 평균 연령은 42.10세였다. 소득수준을 1~10의 10 등급으로 나누었을 때 평균은 4.68등급이었다. 전체 참여자들 중 8가지 사회적 참여와 관련된 문항에 대한 응답에서는 16점이 최고점으로 하였을 때 평균은 2.34, 표준편차는 2.95였다. 전체 참여자 중 투표에 참여하는 사람은 75%였으며 비제도적 정치 참여 변수에서는 평균 3.01, 표준편차 1.86으로 나타났다.

44개국에 대한 국가 수준의 변수를 확인해보았을 때 일인당 국내총소득(GNIpc, Gross National Income per capita)의 평균은 13,670\$였다. 전체 국가 중 가장 GNIpc가 낮은 국가는 부르키나파소로 일인당 국내총소득이 4,100\$였으며 가장 높은 나라는 노르웨이로 일인당 국내총소득이 62,760\$였다.

2005년 당시 44개국의 GDP대비 총 보건의료비 지출은 2.83~15.83%였다. 가 총 의료비 변수에서 국가총생산에 비해 가장 낮은 의료비를 지출했던 것은 인도네시아로 2.83%였으며 가장 높은 의료비를 지출하고 있었던 것은 15.83%인 미국이었다.

표 2 개인별 · 국가별 기술적 통계

	N	Minimum	Maximum	Mean	SD.
<i>Individual level</i>					
Health	50,859	1	5	2.15	0.85
Gender(male)					
1=Male	24,655	0	1	0.48	0.50
0=Female	26,204				
Age	50,859	15	94	42.10	16.33
Income	50,859	1	10	4.68	2.35
Education	50,859	1	3	1.89	0.74
Marital status					
1=living together	33,036				
2=divorced/separated/widowed	6,324	1	3	1.61	0.85
3=single	12,708				
Social participation	51,746	0	16	2.34	2.95
Political participation					
Institutional	50,859	0	1	0.75	0.43
Non-institutional	50,859	1	7	3.01	1.86
<i>Country level</i>					
Gross national income per capita(2005)	44	0.41	62.76	13.67	16.15
Total health expenditure(% GDP)	44	2.83	15.83	7.00	2.46
Public health expenditure (% Total health expenditure)	44	18.60	80.59	55.09	17.05
Freedom House democracy index	44	2	12	4.89	3.05
Social participation	44	0.21	6.12	2.31	1.44
Political participation					
Institutional	44	0.31	0.95	0.74	0.16
Non-institutional	44	1.46	4.92	3.01	0.95

표 3 국가별 특성

Country	Voter rate (%)	Political action	Social participation	GNIpc (US \$) 2005	Freedo m index	Total health Exp. (%GDP)	Public health Exp. (%Total HExp)	Fair/Poor SRH (%)	N
Australia	95.47	4.55	2.92	31320	2	8.48	80.18	22.21	1148
Brazil	88.06	3.59	2.72	8260	4	8.17	40.39	25.65	1384
Bulgaria	68.00	2.30	0.37	9840	3	7.31	61.59	44.73	702
Burkina Faso	61.75	3.69	2.27	410	8	6.87	59.64	26.56	787
Canada	74.06	4.41	3.36	34380	2	9.82	70.25	19.96	1673
Chile	71.89	2.37	2.34	11700	2	6.52	41.41	32.71	911
Colombia	79.12	2.75	1.46	7010	6	6.02	69.79	29.87	2163
Cyprus	86.88	3.28	1.49	23400	2	6.37	42.39	23.91	966
Egypt	31.19	1.46	0.21	1290	11	5.15	38.85	32.85	3032
Ethiopia	80.23	3.48	3.93	620	10	4.11	60.81	40.40	891
Finland	77.31	3.74	3.11	30850	2	8.43	74.74	34.65	860
France	76.57	4.38	1.77	29910	2	11.15	78.90	29.03	813
Georgia	77.44	2.23	0.21	3650	6	8.60	18.61	58.10	1260
Germany	79.98	3.87	1.71	34780	2	10.81	76.81	33.03	1656
Ghana	80.41	2.45	4.55	470	3	7.02	66.97	17.92	1194

<b>Great Britain</b>	69.60	4.24	2.70	39030	2	8.19	80.57	26.13	727
<b>India</b>	91.68	3.06	6.29	740	5	4.25	25.89	30.63	1440
<b>Indonesia</b>	90.66	2.23	3.36	1230	5	2.83	31.83	23.11	1510
<b>Italy</b>	89.18	4.54	1.92	30880	2	8.90	76.43	26.78	575
<b>Japan</b>	75.41	3.60	1.24	39140	3	8.18	77.00	46.76	648
<b>Malaysia</b>	53.47	1.91	2.05	5240	8	3.23	49.59	10.93	1189
<b>Mali</b>	62.40	3.32	4.54	440	4	6.34	48.88	32.55	507
<b>Mexico</b>	65.94	2.83	3.14	7520	4	5.87	44.28	32.37	1202
<b>Moldova</b>	67.31	2.53	1.44	890	7	9.15	45.88	47.08	941
<b>Morocco</b>	34.80	2.68	0.67	1980	9	5.05	27.71	24.43	958
<b>Netherland</b>	74.83	3.79	2.74	39880	2	9.83	60.03	29.65	607
<b>Norway</b>	83.19	4.58	2.87	62760	2	9.03	63.09	20.70	937
<b>Peru</b>	90.35	3.11	1.85	2700	5	4.46	60.53	50.56	1266
<b>Poland</b>	67.67	2.62	1.20	7270	2	6.21	69.20	45.58	860
<b>Romania</b>	89.16	1.97	0.44	3920	4	5.50	80.03	47.79	1383
<b>Russia</b>	61.13	2.24	0.86	3410	11	5.21	61.40	60.40	1394
<b>Serbia</b>	74.51	3.47	1.02	3430	5	9.05	66.28	43.78	900
<b>Slovenia</b>	71.86	3.28	1.83	18070	2	8.35	73.06	42.14	871
<b>South Africa</b>	69.38	2.80	3.65	4850	3	8.80	38.66	20.73	2566

<b>South Korea</b>	76.40	3.47	1.93	16900	3	5.66	52.96	17.91	1178
<b>Sweden</b>	86.11	4.92	3.10	42920	2	9.06	72.84	21.83	884
<b>Switzerland</b>	74.93	4.53	3.33	58530	2	10.86	46.03	14.47	933
<b>Thailand</b>	94.49	.57	2.23	2600	6	3.55	64.82	23.51	1442
<b>Trinid &amp; Tobago</b>	68.71	3.44	3.28	11060	5	5.66	52.99	30.65	930
<b>Turkey</b>	75.79	2.43	0.31	6520	6	5.45	67.90	32.42	1274
<b>Ukraine</b>	87.07	2.22	0.98	1540	5	6.41	59.28	51.69	830
<b>United States</b>	77.69	4.49	2.67	44670	2	15.83	44.85	20.35	1086
<b>Viet nam</b>	91.57	1.65	1.50	630	12	5.86	25.62	39.85	1428
<b>Zambia</b>	65.17	3.17	4.57	490	8	7.00	54.29	26.13	953

표 3에서는 각 국가별 투표율과 비제도적 정치 참여, 사회적 참여, 일인당 국민총소득, 프리덤하우스 민주주의 지표, 총의료비 지출, 총의료비지출 중 국가 재정이 담당하는 비율, 그리고 부정적 건강인식 보고율을 제시하였다.

투표율이 50% 미만인 국가는 이집트(31.19%)와 모로코(34.79%) 두 나라였으며 말레이시아(53.47%), 러시아(61.13%) 순으로 낮은 투표참여율을 보였다. 투표율이 가장 높은 나라는 시민의 의무로 강제 투표제(compulsory voting)를 실시하고 있는 호주(95.47%), 태국(94.49%)이었으며 인도는 강제투표제를 실시하지 않고 있는 나라이지만 세 번째로 높은 투표율(91.68%)을 보였다.

비제도적 정치 참여가 가장 저조한 국가는 이집트(1.46), 태국(1.57), 베트남(1.65), 말레이시아(1.91), 루마니아(1.97)가 2점 미만의 국가 평균 값을 가지고 있었다. 가장 활발한 비제도적 정치 참여를 하는 것으로 나타난 국가는 스웨덴(4.92), 노르웨이(4.59), 호주(4.55), 이탈리아(4.54), 스위스(4.53) 등이었다. 비제도적 정치 참여는 기존의 대의적 민주제의 대표기제에 대해 만족하지 않는 시민들이 더 많은 의견을 표출하고 반영하기 위하여 국가와 시장에 외부적인 압력을 행사하는 것이라고 볼 수 있다. 경제적 수준이 가장 높고 민주주의의 수준이 높은 축에 속하는 국가에서 비제도적 정치 참여가 활발하게 나타나는 것은 성숙된 시민의식의 반영으로 생각할 수 있는 것으로 보인다.

조지아(0.21), 이집트(0.22), 터키(0.31), 불가리아(0.38), 루마니아(0.42), 모로코(0.61), 러시아(0.91)가 사회적 참여가 낮은 나라에 속했으며 인도(6.12), 말리(4.88), 잠비아(4.68), 가나(4.66), 에티오피아(4.34)가 사회적 참여가 가장 높은 나라였다. 경제적 수준과 민주주의의 수준이 높은 나라일수록 비제도적 정치 참여가 활발했던 것과는 다르게 경제적 수준이 낮은 나라들에서 가장 참여가

저조하거나 활발한 경향을 보였다. 이것은 사회적인 참여가 매우 다양한 범주의 참여를 포괄하여 측정한 변수였다는 데에서 기인하는 것으로 생각된다.

현대화, 산업화, 자본화된 사회 내에서 사람들은 사회적인 결사체에 참여가 저조할 수 있다. 푸트넘은 그의 저서 “나 홀로 볼링(Bowling Alone)”에서 현대인들이 TV를 비롯한 매스미디어의 등장과 함께 파편화되어 가는 공동체에 대해 기술하였다. 그는 미국의 발전에 큰 기여를 했던 자발적 사회결사체 참여와 공동체 의식, 사회에 대한 신뢰가 감소하는 것에 대한 우려를 표하기도 했다. 같은 맥락에서 아직 현대적 산업화가 이루어지지 않은 개발도상국 국가에서는 이와 같은 파편화와 개인주의의 확대가 일어나지 않았기에 사회적 참여 수준이 더욱 활발하게 나타날 수 있다.

또 경제적 수준이 높은 나라에서 더 중요한 비중을 가지고 있을 것으로 생각되는 인터넷 커뮤니티나 동호회에 대한 참여, SNS(social network service) 이용 등에 대한 질문은 설문에 포함되지 않았다. 정보화 시대에 인터넷을 기반으로 한 참여와 네트워크가 주목 받고 있는 사회적 참여의 방법임을 고려하였을 때 이에 대한 배제는 본 연구에서 사용한 사회적 참여 변수가 일정한 한계를 가지고 있음을 의미한다. 앞으로 사회적 참여를 연구할 때에 있어서는 정보화 시대에 걸맞은 새로운 방식의 참여에 대한 고려가 필요할 것으로 생각된다.

같은 사회적 참여라고 하더라도 개발도상국과 선진국에서의 사회적 참여는 서로 다른 의미를 가질 수 있다. 또 환경단체, 인권단체와 같이 공익을 주 목적으로 활동하는 사회단체에 대한 참여와 향우회, 재향군인회, 직종 별 이익집단에 대한 참여가 건강에 미치는 영향을 동일한 맥락에서 파악하는 것도 적절하지 못하다. 다만 여기에서는 전체 사회참여를 단일지표로 종합하여 살펴보았기에 개략적인 사회참여와 건강 사이의 관계를 살펴보고자 하였다.

시민참여의 세 가지 범주를 상대적으로 높음, 중간, 낮음의 3가지 범주로 나누어서 살펴보았을 때 불가리아, 몰도바, 이집트, 러시아는 투표율과 비제도적 정치 참여, 사회적 참여 모두에서 가장 낮은 수준을 보이는 나라였으며 세가지 항목 모두에서 높은 수준의 참여를 보인 것은 스웨덴으로 유일했다. 세 항목을 합산하여 비교적 높은 수준의 참여(3가지 범주 중 한가지만 중간 수준, 나머지는 높음)를 보이고 있는 나라로는 스웨덴에 이어 호주, 브라질, 캐나다, 에티오피아, 핀란드, 인도, 이탈리아, 노르웨이, 스위스, 미국이 높은 수준의 참여가 이루어지고 있는 것으로 확인되었다. 한국의 경우 사회적 참여와 투표율에서는 전체 국가 중 중간 정도 수준을, 그리고 비제도적 정치 참여에서는 높은 수준의 참여를 보이는 것으로 나타났다.

민주주의의 수준을 가늠하는 프리덤하우스의 민주주의 지표가 가장 높은 2점으로 나타난 나라는 호주, 캐나다, 칠레, 사이프러스, 핀란드, 프랑스, 독일, 이탈리아, 네덜란드, 노르웨이, 폴란드, 슬로바니아, 스웨덴, 스위스, 영국, 그리고 미국으로 16개 국가였다. 반면 민주주의 지표가 10점 이상이었던 나라는 말레이시아, 러시아, 베트남, 이집트였다.

국내총생산 대비 총의료비 지출이 5% 미만인 나라는 에티오피아, 인도, 인도네시아, 말레이시아, 페루, 태국이었으며 10%가 넘는 나라는 프랑스, 독일, 스위스, 미국이었다. 총의료비 지출 중에서 국가가 담당하는 재정의 비율은 18.6%~80.59% 사이로 매우 큰 표준편차를 보였다. 이 중 공공의료비가 전체의료비의 30% 미만을 차지하는 나라는 조지아, 인도, 모로코, 베트남이었으며 영국과 호주는 공공의료비가 전체 의료비의 80% 이상으로 나타났다.

페루(50.55%), 우크라이나(51.69%), 조지아 (58.10%), 러시아(60.40%)의 네 나라에서는 50%이상의 응답자가 부정적



건강인식을 가지고 있었다.

주관적 건강인식에 있어서 부정적 건강인식이 전체의 15% 미만이었던 것은 말레이시아(10.93%)와 스위스(14.47%) 두 나라였다. 이 두 나라는 객관적인 지표들을 확인해 보았을 때 말레이시아의 기대여명은 남성과 여성에서 각각 72세와 76세, 5세이하 아동 사망률은 1,000명 당 9명이고<sup>⑥</sup> 스위스의 기대여명은 남성이 77세, 여성이 83세에 이른다<sup>⑦</sup>. 이렇게 드러나는 객관적인 건강수준의 차이가 있는데도 불구하고 유사한 수준의 주관적 건강인식을 가지고 있는 이 나라들을 비교하는 데에 있어서 주관적 건강인식을 사용하는 것에 대해서는 조심스러운 해석이 필요하다. 비슷한 건강수준을 가지고 있다고 하더라도 문화적, 언어적 차이에 의해 주관적 건강인식이 다르게 보고될 수 있다는 것 역시 염두에 두어야 한다.

## 제 2절 분석결과와 가설검증

### 1. 개인 수준 분석(individual-level analysis)

#### ; 구성적 효과(compositional effect)

개인 수준에서 인구학적 특성과 사회경제적 지위에 따라서, 그리고 시민참여의 정도에 따른 부정적 건강인식에 대한 기술적 통계분석 결과를 표4에 제시하였다. 각 변수 별로 계층화하였을 때 부정적 건강인식을 가지고 있을 확률을 제시하였고 오즈비를 95% 신뢰구간과 함께 제시하였다.

---

<sup>⑥</sup> WHO databank, 2011

<sup>⑦</sup> OECD better life index

표 4 개인의 주관적 건강인식에 대한 영향

		N(%) (total = 50,859)	% Fair/poor health	Odds Ratio (95% CI)
Sex	Male <sup>a</sup>	24,655(48.48)	28.72	1
	Female	26,204(51.52)	33.50	1.25(1.20, 1.30)**
Age	15-24 <sup>a</sup>	8,179(15.71)	18.05	1
	25-34	11,682(22.44)	21.40	1.24(1.15, 1.33)**
	35-44	10,823(20.79)	25.63	1.57(1.46, 1.68)**
	45-54	8,943(17.18)	36.41	2.60(2.42, 2.79)**
	55-64	6,444(12.38)	45.05	3.72(3.46, 4.01)**
	≥65	5,997(11.52)	55.49	5.66(5.25, 6.11)**
Marital status				
	living together <sup>a</sup>	32,251(63.41)	31.84	1
	divorced/separated/widowed	6,215(12.22)	47.69	1.94(1.85, 2.06)**
	single	12,393(24.37)	21.25	0.58(0.55, 0.61)**
Education	Low <sup>a</sup>	17,358(34.13)	42.00	1
	Middle	22,293(43.83)	28.57	0.55(0.53, 0.58)**
	High	11,208(22.04)	21.49	0.38(0.36, 0.40)**
Income (lowest)	1 <sup>a</sup>	17,306(34.03)	43.09	1
		15,481(30.44)	30.81	0.59(0.56, 0.61)**
	2	6,296(12.38)	24.19	0.42(0.39, 0.44)**
	3	11,776(23.15)	19.68	0.32(0.31, 0.34)**
	4			
Vote	Yes	35,831(68.82)	31.65	1.09(1.04, 1.14)**
	No <sup>a</sup>	16,237(31.18)	29.81	1
Political action				
	1 <sup>a</sup> (lowest)	17,465(34.34)	36.71	1
	2	21,799(42.86)	30.71	.76(0.73, 0.80)**
	3	11,595(22.80)	25.55	.59(0.56, 0.62)**
Social participation				
	1 <sup>a</sup> (lowest)	19,734(39.305)	37.14	1
	2	14,111(27.92)	31.45	0.77(0.74, 0.81)**
	3	16,692(33.03)	23.62	0.52(0.50, 0.55)**

\*\* p value <0.001

a base-line value

단변량 분석에 의하면 연구대상자들에서는 여성일수록, 연령이 많을수록, 결혼·동거중이거나 미혼인 것보다는 별거/이혼/사별한 경우, 교육수준과 소득수준이 낮을수록 부정적인 건강인식을 가지고 있을 확률이 높은 것으로 나타났다.

시민참여와 부정적 건강인식의 상관관계 역시 통계적으로 유의한 수준인 것으로 나타났다. 비제도적 정치 참여와 사회적 참여를 활발하게 낮음, 중간, 높음으로 나누어서 살펴보았을 때 참여가 활발한 사람들에서 부정적 건강인식을 가지고 있을 확률은 감소했다. 반면 선거에 참여하는 사람들의 건강인식이 더욱 부정적(OR 1.09, CI 1.04, 1.14)으로 나타났다. 그러나 이는 연령을 비롯하여 다양한 변수들을 보정하지 않은 단변수분석의 결과로 연령이 증가할수록 투표참여에 활발하여 이것이 혼란변수(confounding)으로 작용하였기 때문인 것으로 생각되었다.

표 5 개인의 주관적 건강인식, 피어슨 상관분석

	Self-rated Health	Vote	Political Action	Social Participation	Income
Vote	0.0234***				
Political action	-0.1197***	0.1361***			
Social Participation	-0.1385***	0.1210***	0.2509***		
Income	-0.2214***	0.0478***	0.1242***	0.1354***	
education	-0.1899***	0.0650***	0.2542***	0.1143***	0.3298***

\*\*\*p<.0001

표 5는 개인 수준에서 주관적 건강인식과 시민참여, 소득, 교육수준의 상관관계 분석 결과이다. 건강과 투표참여, 비제도적 정치적 활동에 대한 참여, 사회적 참여, 그리고 소득, 교육은 모두 서로 유의한 상관관계를 가지고 있는 것으로 나타났다. 참여가

활발할수록, 또 교육과 소득 수준이 높을수록 부정적 건강인식을 가질 가능성이 낮은 것으로 나타났다. 또 한가지 방식의 참여를 하는 사람들이 다른 종류의 참여를 할 확률 역시 증가하는 것으로 나타났다.

이후 개인의 사회경제적 특성을 보정하였을 때 시민참여가 건강인식에 미치는 영향을 확인하기 위하여 다항 로지스틱 회귀분석(multilevel logistic regression analysis)을 수행하였다. 연령, 성별, 결혼상태, 교육, 소득수준을 보정변수로 이용하였다.

모델1에는 제도적·비제도적 정치 참여를, 모델2에는 사회적 참여를 추가적으로 모델에 포함시켰으며 모델3에는 세 가지 범주로 나눈 시민참여 변수를 모두 포함하였다(표6, N=50,859).

표 6 주관적 건강인식에 대한 다항 로지스틱 회귀모델

	Model 1		Model 2		Model 3	
	OR	SD	OR	SD	OR	SD
Age	1.03***	0.001	1.03***	0.001	1.03***	0.001
Sex	0.83***	0.017	0.83***	0.017	0.84***	0.018
Marital						
2	1.16***	0.036	1.17***	0.036	1.17***	0.037
3	1.02	0.029	1.01	0.029	1.02	0.029
Education	0.80***	0.012	0.82***	0.012	0.82***	0.013
Income	0.75***	0.007	0.74***	0.007	0.75***	0.007
Social participation	0.94***	0.004			0.95***	0.004
Vote			0.94**	0.023	0.98	0.024
Political action			0.93***	0.005	0.95***	0.006
Pseudo R <sup>2</sup>	0.0934		0.0913		0.0946	

\* p<.10

\*\*p<.05 \*\*\*p<.0001

세 모델 모두에서 사회적 참여와 비제도적 정치 참여는 부정적

건강인식의 감소와 유의한 상관관계를 가지는 것으로 나타났다. 이는 시민참여 행위가 개인적 차원에서 건강에 긍정적인 영향을 미칠 것이라고 가정하였던 가설1을 지지하는 결과이다. 사회적 참여(가설 1-1)와 비제도적 정치 참여(가설 1-3)는 모두 유의하게 부정적 건강인식률을 가질 확률을 감소시키는 것으로 나타났다.

가설 1-2에서 검증하고자 하였던 투표 참여가 건강인식에 미치는 영향은 모델2에서는 유의하게 양의 상관관계를 보였으나 사회적 참여를 포함시킨 모델3에서는 통계적 유의성이 없었다. 이것은 사회적 참여가 동일한 수준이라고 한다면 투표에 대한 참여여부는 건강과 상관관계가 존재하지 않는다는 것을 의미한다. 이는 투표와 사회적 참여의 관계를 중심으로 설명이 가능하다. 투표에 참여하는 그 행위 자체는 건강인식을 개선시키거나 악화시킨다고 보기 어렵다. 하지만 사회적인 참여나 정치적인 참여는 개인의 단순한 행동이 아니라 다른 사람들과의 관계에 의해 완성되는 것이며 이런 행동은 건강과 일정한 상관관계를 가질 수 있다. 즉, 따라서 모델 2에서 나타난 투표와 건강 사이의 상관관계는 사회적인 활동에 참가하는 사람들의 건강인식이 양호하고, 이들이 투표에 참여하는 경향이 더 높기 때문에 사회적 참여라는 혼란변수가 통제되지 않아서 나타난 것이라고 해석할 수 있을 것으로 생각된다. 또 이 결과는 사회적 참여는 투표를 비롯한 정치적 참여행동과 정치의식 향상에 도움이 되며 이런 역량강화가 개인의 건강에 영향을 미칠 수 있으리라는 설명을 뒷받침 하는 것이기도 하다.

작은 차이이기는 하지만 정치적 참여보다는 사회적 참여를 포함시켰을 때 모델의 적합도(Pseudo  $R^2$ )가 더 좋았으며 정치적 참여와 사회적 참여를 모두 포함시킨 모델3의 적합도가 가장 좋았다.

## 2. 국가 수준 분석(country-level analysis)

### ; 맥락적 효과(contextual effect)

표 7에서는 국가의 여러 특성으로 사용한 변수들과 건강인식의 상관관계를 확인하였다. 표의 해석에서 유의해야 할 부분은 주관적 건강인식이 국가별로 부정적 건강인식을 가지고 있을 확률이기 때문에 음(-)의 기호가 건강에 대한 긍정적인 영향을 의미한다는 점이다.

국가의 투표율을 제외하고 모든 변수가 주관적 건강인식과 유의한 상관관계를 가지고 있었다. 정치적, 사회적 참여가 활발하고 국가총소득이 높고, 건강에 대한 투자가 높으며 민주주의의 수준이 높은 나라일수록 국가의 건강인식은 긍정적이었다. 이는 개인 변수와 다양한 요소가 보정되지 않은 개략적인 상관관계이기는 하지만 시민참여가 국민들의 건강과 양의 상관관계를 가지고 있을 것이라는 가설2를 지지하였다.

민주주의 수준 변수는 주관적 건강인식과의 상관관계의 방향이 (+)인 것으로 나타났지만 민주주의 수준이 높을수록 점수가 낮기에 이 역시 민주주의 수준이 높을수록 건강 수준이 양호한 것으로 해석할 수 있다. 공공보건의료지출의 경우 건강인식수준과 유의한 상관관계를 나타나지 않았다. 또한 투표율, 비제도적 정치 참여, 국가의 경제적 수준, 총 의료비 지출, 민주주의의 수준과는 양의 상관관계를 나타냈지만 사회적 참여와 유의한 음의 상관관계를 가지고 있었다.

또한 대체로 시민참여의 한 범주가 활발한 국가는 다른 범주에서의 참여도 활발하고, 민주주의 수준이 높으며 의료비지출이 높아지는 양의 상관관계를 가지고 있었다.

표 7 국가 변수와 주관적 건강인식, 피어슨 상관분석

	Self-rated Health	Voter rate	Political action	Social Participation	GNI per capita	Total health expenditure	Freedom index
Voter rate	0.0051						
Political action	-0.4469 ***	0.3199 ***					
Social Participation	-0.5729 ***	0.3483 ***	0.4256 ***				
GNI per capita	-0.3941 ***	0.2025 ***	0.7957 ***	0.1689 ***			
Total Health Exp.	-0.2158 ***	0.1036 ***	0.6862 ***	0.1150 ***	0.7005***		
Freedom index	0.4384 ***	-0.4595 ***	-0.6614 ***	-0.3658 ***	-0.6250***	-0.5390***	
Public health Exp.	-0.0005	0.2404 ***	0.4203 ***	-0.0908 ***	0.4031***	0.2410***	-0.4199***

\*\*\* p value <0.001

세가지 범주의 측정지표인 투표, 비제도적 정치 참여, 사회적 참여가 건강수준과 어떤 상관관계를 가지는지를 가시적으로 확인, 비교하기 위해 각 국가별로 참여와 fair/poor health를 응답한 이들의 비율인 부정적 건강인식율의 산포도를 제시하였다. Figure 3~5에서 y축은 모두 부정적 건강인식율을 의미하는 것으로 감소할수록 국가의 건강수준은 양호하다고 볼 수 있다.

Figure3에서는 사회적 참여와 주관적 의 관계를 나타냈다. 전반적으로 사회적 참여가 높은 국가일수록 부정적 건강인식 보고율이 감소하는 경향을 보였다(coef. -0.0441, 95% CI -.0447, -0.0434). Figure4는 투표율과 주관적 건강인식의 산포도이다. 투표율의 경우 국가 별 투표율은 주관적 건강인식에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다(coef. 0.0017, 95% CI -0.0049, 0.0082).

비제도적, 비전형적 정치 참여가 높은 국가일수록 부정적 건강인식 보고율은 감소하는 양상이 있었으며(Figure 5, coef. -0.0377, 95%CI -0.0387, -0.0366) 사회적 참여와 마찬가지로 러시아와 조지아는 참여수준에 비해 주관적 건강인식 수준이 낮게, 그리고 대만과 말레이시아의 경우 참여수준이 낮은 것에 비해서는 주관적 건강인식이 높게 나타나 이상치(outlier)값이었다.

Figure 6에서는 건강과 유의한 상관관계를 가지고 있는 것으로 보이는 사회적 참여와 비제도적 정치 참여를 각각 y축과 x축으로 하여 국가별 분포를 살펴보았다. 이에 따르면 이집트, 루마니아, 조지아, 대만, 베트남, 러시아 등이 참여가 활발하지 않은 국가 군에 속하는 반면 미국, 스위스, 스웨덴, 영국, 케나다, 호주, 노르웨이 등이 사회적 참여와 비제도적 참여가 모두 활발한 국가였다.



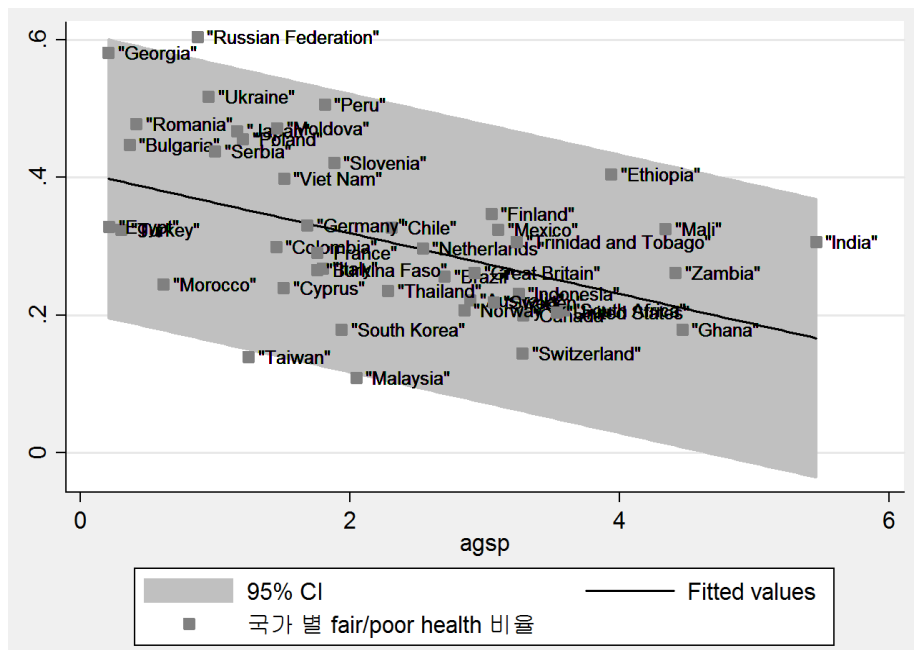


Figure 3 사회적 참여와 주관적 건강인식

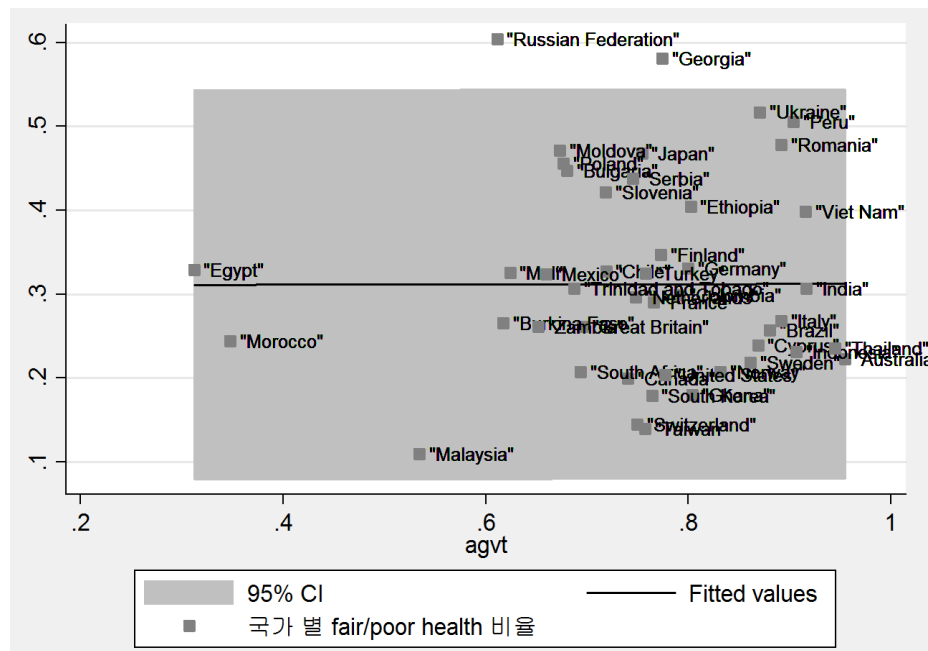


Figure 4 투표율과 주관적 건강인식

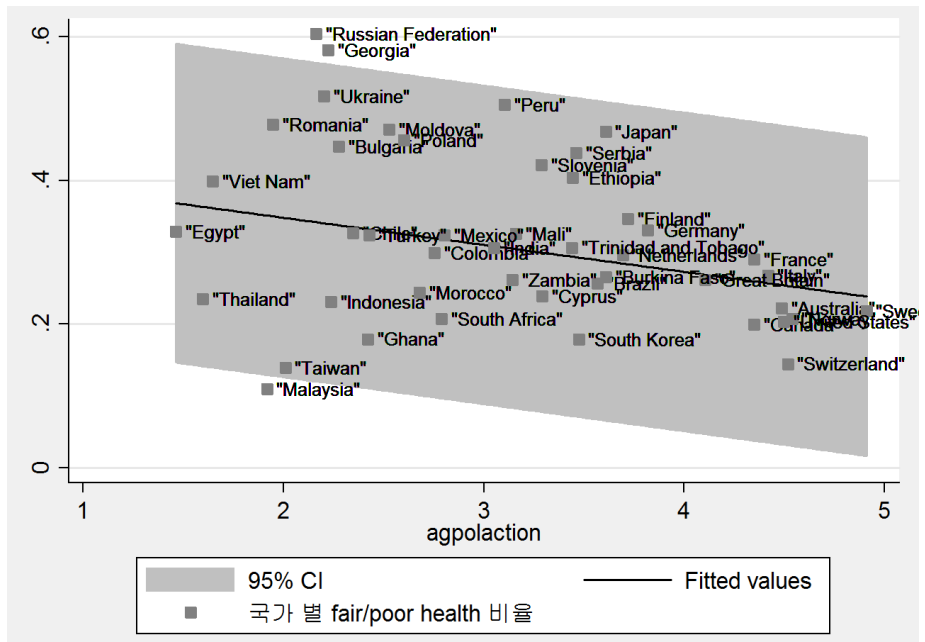


Figure 5 비제도적 정치 참여와 건강인식

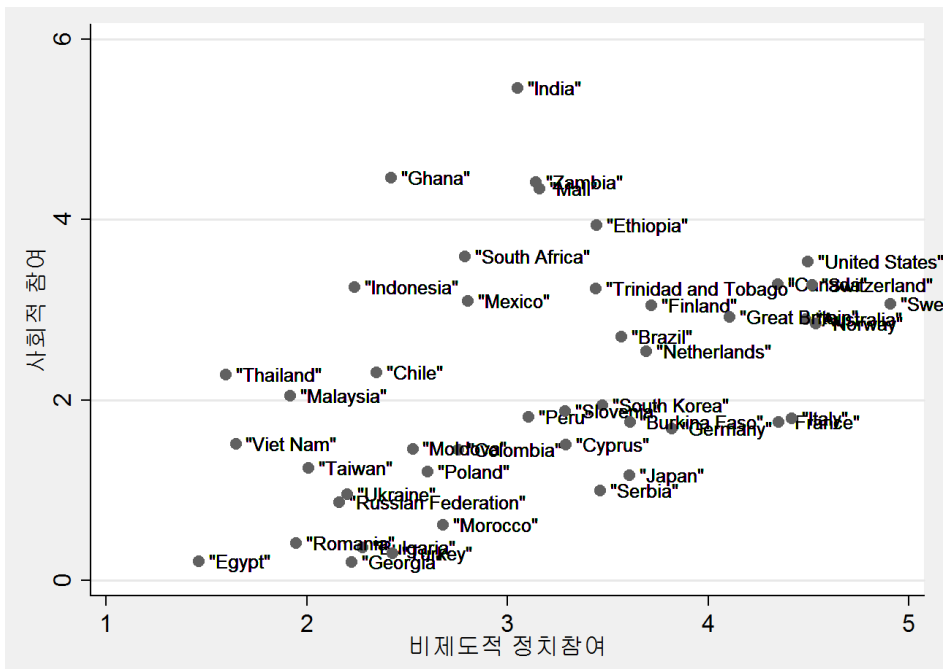


Figure 6 국가 별 사회적 참여와 비제도적 정치 참여

### 3. 다수준 분석(multi-level analysis)

시민참여가 건강에 미치는 구성적 효과와 맥락적 효과를 동시에 확인함으로써 서로 다른 수준에서의 시민참여의 영향을 구분하여 보기 위한 다수준분석을 수행하였다. 이에 대한 분석에 있어서 기존에 많은 연구들은 OECD국가만을 연구대상으로 하는 경우가 많았다. 또한 경제적, 민주주의적 수준이 어느 정도 안정되었다고 가정할 수 있는 OECD국가와 개발도상국의 시민참여와 건강 사이의 관계가 동일하다고 보기는 어려울 수도 있으며 비교적 균질한 집단인 OECD국가를 대상으로 한 분석이 가지는 장점도 존재한다. 따라서 본 연구에서는 WVS 5차 자료에서 가용한 44개국 전체를 대상으로 하는 분석과 OECD국가로 분류되어있으며 국가의 사회지출(total social expenditure)에 대한 자료를 확인할 수 있는 국가 18개국만을 대상으로 한 분석을 각각 제시한다.

#### 1) 44개국 전체에 대한 다수준 분석

모델1은 기본모형으로 다수준분석에서 집단 별로 의미 있는 자료의 동질성(homogeneity)이 존재하는지 여부를 확인하는 모델이다. 이 모형을 통해서 해당 자료에 대한 다수준분석 적용이 적절한지에 대한 판단을 내릴 수 있다. 각 국가별로 개인의 주관적 건강인식이 얼마나 유사한지를 나타내는 지표로, 국가 수준의 집단 내 상관관계수인 급내상관계수(Intra-class correlation, ICC)를 이용하며, ICC는 35.44%로 확인되었다. 통상적으로 ICC가 5% 이상일 때 집단간 차이가 있다고 보아 다수준분석을 적용하는 것이 무리가 없다고 판단하게 되며 10%이상일 때 상당한 집단간 차이가 있다고 판단하게 된다.

집단 내 상관을 고려한 개인수준의 변수들에 대한 분석(모델2)에서 연령, 성별, 소득, 결혼상태, 교육수준은 모두 유의한 변수로 나타났다. 나이가 많을 수록, 여성일수록, 이혼·사별·별거 중이거나 독신일수록 건강인식은 부정적이었으며 교육수준이 높을수록, 소득수준이 높을수록 건강인식은 긍정적이었다. 개인적인 수준에서 사회적 참여와 투표 참여는 긍정적인 건강인식과 유의한 상관관계를 가지고 있었다. 그러나 비제도적 정치 참여는 부정적인 건강인식을 증가시켰다.

분석의 결과는 기존의 선행연구들에서 나타난 결과와 일치하는 것이다. 미국과 영국의 자료를 이용한 연구에서도 개인수준의 사회적 참여가 건강에 긍정적인 영향을 미치는 반면 비제도적 정치 참여는 건강에 부정적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 미국의 연구에서는 비제도적 정치 참여를 하는 이들이 부정적 건강인식을 가질 확률이 18% 증가하였다. 이에 대해 연구자들은 정치적 활동을 조직하고 항의와 저항을 행동으로 옮기는 것이 개인의 자원을 소모하게 하고, 업무생산성에 영향을 미치거나 대인관계에서 문제를 발생시킬 수 있으며 이것이 부정적 건강인식으로 이어질 것이라고 설명했다(Kim and Kawachi 2006). 영국의 지역사회 연구에서도 비제도적 정치 참여는 주관적 건강인식에 부정적인 영향을 미치는 것으로 재확인된 바 있었으며(Poortinga 2012) 이는 본 연구에서도 마찬가지로 나타난다.

모델 3은 모델2의 개인수준의 변수에 국가수준의 시민참여 변수를 추가한 모델이다. 개인수준 변수들의 구성적 효과는 변화하지 않았다. 통제변수가 없는 모델 3에서 사회적 참여와 비제도적 정치 참여는 부정적 건강인식을 감소시키는 맥락적 영향을 가지는 것으로 나타났다. 이 중 비제도적 정치 참여는 유의 수준 0.05수준에서, 사회적 참여의 유의수준 0.10수준에서 맥락적 효과를 가지는 것으로 나타났다.

모델4는 모델3에 일인당 GNIpc 변수와 GDP 대비 총의료비지출을 통제변수로 추가하였다. 국가의 경제적 수준이 높을수록 부정적 건강인식은 감소하는 경향이 있었으나 국가 총의료비지출은 건강인식과 유의한 상관 관계를 가지지 않았다. 이 때 사회적 참여의 맥락적 효과는 통계적 유의성이 증가하여 0.05수준에서 유의한 상관관계를 가지는 것으로 나타났다. 경제적 수준과 총의료비 지출 변수를 추가하였을 때 비제도적 정치 참여의 효과는 사라졌다.

마지막으로 모델5에는 민주주의 수준 지표와 총의료비지출 중 공공의료비가 차지하는 비율 변수를 추가하였다. 민주주의적 수준이 낮은 나라일수록 부정적 건강인식은 증가하는 반면 공공의료비지출의 비중은 유의한 맥락적 효과가 없는 것으로 나타났다. 이 때 시민참여 변수들 중에서는 사회적 참여와 정치적 참여가 부정적 건강인식을 감소하는 방향의 상관관계를 가지고 있었으며

44개국을 대상으로 한 분석에서 개인의 투표참여와 사회적 참여가 긍정적인 건강인식과 상관관계를 가지며 정치적 참여는 부정적인 건강인식과 상관관계를 가질 것이라는 가설1은 지지되었다. 구성적 효과에 대한 검증에서 투표참여율은 건강과 상관관계를 가지고 있지 않았으며, 비제도적 정치 참여는 부정적인 건강인식과 상관성을 보이다가 모델5에서는 효과가 사라졌다. 사회적 참여는 경제적 수준이나 총의료비 지출을 보정변수로 이용한 모델과 매개변수를 추가한 모델 모두에서도 긍정적인 건강인식에 대한 상관을 가지고 있었다.

전체 분석에서 시민참여의 맥락적인 효과는 분명하지 않았다. 가설 2-1에 해당하는 사회적 참여의 맥락적 효과는 일부 지지되었다. 사회적 참여는 모든 모델에서 부정적 건강인식과 음의 상관을 보였고 모델3과 모델5에서는 0.10, 모델4에서는 0.05 유의수준에서 통계적 유의성을 보였다. 이는 기존에 WVS를 이용한 분석에서 사회적

참여의 맥락적 효과가 존재하지 않거나 있다고 하더라도 미미한 수준이라는 결과가 제시되었던 것과 유사한 것이다(Kennelly, O'Shea et al. 2003). 가설2-2에서 제시된 비제도적 정치 참여의 맥락적 영향 역시 확인되지 않아 전체 국가에 대한 분석에서 시민참여의 역할에 대한 가설은 지지되지 않았다.

민주주의적 수준이 높을 수록 건강인식은 긍정적인 것으로 나타났으며, 매개변수를 추가하였을 때에 사회적 참여가 건강과 가지는 상관관계의 통계적 유의성이 감소하고 상관계수의 절대값도 감소하였다(모델5). 이는 사회적 참여가 건강과 연결되는 경로 속에서 민주주의가 매개변수로 작동함을 의미한다. 즉 사회적 참여가 활발한 국가에서는 민주주의적 수준이 높고, 이것이 곧 국민들의 건강에 대해 긍정적인 맥락적인 영향을 미치게 되는 경로라고 생각할 수 있는 것이다. 따라서 가설 3의 매개변수로서 민주주의의 역할은 일부 지지되었다.

또 모델 4와 모델 5에서 경제적 수준 변수가 포함되자 정치적 참여가 건강에 미치는 맥락적 효과가 사라진 것은 경제적인 수준이 높은 국가일수록 정치적 참여의 수준이 높았던 국가 수준에서의 상관관계에 기인하는 것으로 생각되었다.

표 8 주관적 건강인식에 대한 다수준분석, 44개국

Variable	Model 1 <sup>a</sup>	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Constant	-0.7995(0.0834)**	-1.0621(0.1064)**	-0.5061(0.4786)	-1.2457(0.5250)*	-1.8403(0.7136)*
<i>Level 1: Individual</i>					
Age		0.0374 (0.0008)**	0.0374(0.0008)**	0.0374(0.0008)**	0.3749(0.0008)**
Male		-0.2070(0.0217)**	-0.2067(0.0216)**	-0.2070(0.0217)**	-0.2079(0.0218)**
Marital 2		0.1380(0.0330)**	0.1394(0.0330)**	0.1394(0.0330)**	0.1315(0.3301)**
3		0.0908(0.0302)*	0.09170(0.0302)*	0.09164(0.0302)*	0.0902(0.0305)*
Education		-0.2916(0.0175)**	-0.2910(0.0175)**	-0.2895(0.0175)**	-0.2837(0.1761)**
Income		-0.1481(0.0054)**	-0.1480(0.0054)**	-0.1478(0.0054)**	-0.1491(0.0054)**
Vote		-0.1235(0.0274)**	-0.1234(0.0274)**	-0.1239(0.0274)**	-0.1177(0.0276)**
Political Action		0.0139(0.0069)*	0.0138(0.0069)*	0.0138(0.0069)*	0.0107(0.0069)
Social Participation		-0.0256(0.0045)**	-0.0256(0.0045)**	-0.0257(0.0045)**	-0.0252(0.0045)**
Level1 variance	0.5490(0.0595)**	0.6009(0.0651)*	0.5139(0.0560)**	0.4672(0.0511)**	0.4346(0.0482)**
<i>Level 2: Country</i>					
Voter rate			0.5248(0.6044)	0.6608(0.5538)	0.6413(0.5664)
Political Action			-0.2466(0.0936)*	0.0780(0.1495)	-0.0085(0.1509)
Social Participation			-0.1157(0.0619)†	-0.1637(0.5988)*	-0.1170(0.0611)†
GNIpc(/1000\$)				-0.0212(0.0073)*	-0.0145(0.0073)*
Total Health Expenditure(%)				0.0068(0.0432)	0.0133(0.0428)
Democracy Index					0.6756(0.3484)*
Public Health Expenditure(%)					0.0057(0.0050)
Level 2 variance	0.3014(0.0654)**	0.3611(0.0782)**	0.2641(0.0575)**	0.3014(0.0663)**	0.1894(0.0420)**
Log likelihood	-30244	-27114	-27107	-27103	-26707

†p<0.10

\* p<0.05

\*\*p<0.001

표 9 주관적 건강인식에 대한 다수준분석, OECD국가 18개국

Variable	Model 1 <sup>a</sup>	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5
Constant	-0.9528(0.1066)**	-1.4496(0.1498)**	0.5083(0.8543)	0.6872(0.8891)	-2.1662(0.8507)*
<i>Level 1: Individual</i>					
Age		0.0350 (0.0013)**	0.0351(0.0013)**	0.0351(0.0013)**	0.0351(0.0013)**
Male		-0.0944(0.0373)*	-0.0940(0.0373)*	-0.0940(0.0373)*	-0.0934(0.0373)*
Marital 2		0.0819(0.0515)	0.0838(0.0515)	0.0839(0.0515)**	0.0827(0.0515)
3		0.1130(0.5417)*	0.1135(0.0542)*	0.1136(0.0542)*	0.1158(0.0542)*
Education		-0.2956(0.0293)**	-0.2921(0.0293)**	-0.2928(0.0293)**	-0.2916(0.0292)**
Income		-0.1308(0.0089)**	-0.1301(0.0087)**	-0.1301(0.0089)**	-0.1297(0.0088)**
Vote		-0.2605(0.0470)**	-0.2619(0.0470)**	-0.2620(0.0470)**	-0.2609(0.0470)**
Political Action		0.0048(0.0118)	0.0045(0.0118)	0.0046(0.0118)	0.0044(0.0118)
Social Participation		-0.4218(0.0078)**	-0.0424(0.0078)*	-0.0423(0.0078)**	-0.0424(0.0078)**
Level1 variance	0.4458(0.0765)*	0.4638(0.0798)**	0.2976(0.0534)**	0.2976(0.0534)**	0.1778(0.0354)**
<i>Level 2: Country</i>					
Voter rate			-0.2238(1.4205)	-0.5503(1.4741)	0.6240(0.9716)
Political Action			-0.3184(0.1571)*	-0.2205(0.2347)	-0.8643(0.1944)**
Social Participation			-0.2166(0.1091)*	-0.1990(0.1078)†	0.0812(0.0777)
GNIpc(/1000\$)				-0.0008(0.0085)	0.0103(0.0046)*
Total Health Expenditure(%)				-0.0312(0.0425)	0.0385(0.0282)
Democracy Index					0.3123(0.1088)*
Public Health Expenditure(%)					0.0292(0.0058)**
Level 2 variance	0.1987(0.0682)**	0.2151(0.0740)**	0.0918(0.0329)**	0.0885(0.0318)**	0.0362(0.0126)**
Log likelihood	-10098	-9045.4	-9038.1	-9037.8	-9029.5
†p<0.10	* p<0.05	**p<0.001			



## 2) OECD국가 18에 대한 다수준 분석

시민참여가 건강에 미치는 영향과 관련된 선행 연구들은 대체로 OECD국가 만을 대상으로 하는 경우가 많았다. 또한 민주주의의 수준이나 보건의료체계와 의료접근성 등 다양한 측면에서 비교적 높은 수준을 가지고 있는 OECD국가만을 분석대상에 포함시켰을 때 시민참여의 영향에 따른 건강수준의 차이를 확인할 수 있다면 이것은 의미가 있는 발견일 것으로 생각되었다. 따라서 총사회지출(total social expenditure)을 확인할 수 있는 OECD국가를 대상으로 추가적인 분석<sup>⑧</sup>을 수행하였다(표9).

모델1에는 국가 변수만이 포함되었으며 ICC값은 29.90%로 44개국 전체에 대한 분석보다 다소 낮게 나타났다. 모델2에서는 국가 별 상관을 고려한 개인 변수들의 구성적 효과를 확인할 수 있었다. 나이가 많을 수록, 독신일 수록, 교육과 소득수준이 낮을 수록 부정적 건강인식을 가지고 있을 것으로 나타난 것은 앞에서의 결과와 동일한 것이었다. 그러나 이혼·사별·별거 중인 상태는 부정적인 건강인식과 유의한 상관관계가 존재하지 않는 것으로 나타났으며,

시민참여 변수들의 구성적 효과에 있어서 투표와 사회적 참여가 긍정적 건강인식과 상관관계를 가지는 것으로 나타났으며 이는 전체 국가를 대상으로 한 모형과 동일했다. 그러나 비제도적 정치참여가 건강인식에 미치는 부정적인 영향은 사라졌다.

시민참여의 맥락적 효과 변수들을 추가한 Model 3에서 사회적 참여와 정치적 참여는 모두 부정적 건강인식을 감소시키는 것으로 나타났다.

---

<sup>⑧</sup> 분석에 포함된 국가는 총 18개국으로 호주, 캐나다, 칠레, 핀란드, 프랑스, 독일, 영국, 영국, 일본, 멕시코, 네덜란드, 노르웨이, 폴란드, 슬로바니아, 한국, 스웨덴, 스위스, 미국이다.

하지만 경제적 수준과 총의료비지출을 추가한 Model 4에서는 두 변수 모두의 효과가 사라졌다.

모델 5에서 민주주의 수준과 공공의료비 비중은 모두 통계적으로 유의한 상관관계를 가지는 것으로 확인되었다. 더 민주적인 국가일수록, 공공의료비 지출 비중이 높은 국가일 수록 부정적 건강인식은 감소했다. 이와 함께 이 변수들을 추가하자 비제도적 정치 참여가 건강에 미치는 맥락적 효과의 상관계수가 크게 증가하였으며 통계적 유의성도 크게 증가하여 0.001수준에서 유의했다. 이 때 사회적 참여와 투표의 맥락적 효과는 확인되지 않았다.

마지막으로 총 사회 지출(total social expenditure)을 추가한 모델에 대한 분석을 실시하였다. 이것은 연구모형에서 제시한 것과 같이 국가 수준에서 건강인식이 다양한 사회정책과 정부의 개입에 의해 결정될 것이라고 생각하였기 때문이었다. 그러나 총 사회 지출 변수는 통계적으로 유의한 효과를 가지지 않았으며 다른 변수들이 가지는 효과를 변화시키지도 않았으므로 새롭게 구성한 모델은 표에 포함하지 않았다.

OECD국가를 대상으로 한 분석에서도 사회적 참여나 투표참여가 부정적 건강인식을 감소시키는 효과가 있을 것이라는 가설 1-1와 가설1-2는 지지되었다. 하지만 비제도적 정치 참여가 개인적인 차원에서 건강인식을 악화시킬 것이라는 가설1-3은 부정되었다. 이는 민주주의적인 수준이 높은 OECD국가에서는 비제도적 정치 참여가 더 많은 자원을 소모하고 개인적인 관계서 갈등을 유발한다고 하더라도 건강인식에 대한 부정적인 영향이 발생하지 않기 때문일 수 있다. 민주주의적인 제도와 절차가 더욱 성숙한 국가에서 시민들은 정치적인 참여 행위가 유발할 수 있는 부정적 효과들에 대한 저항, 또는 탄력(resilience)을 가질 수 있을 것으로 생각된다. 그러나 이것은 연구자의 추정에 근거하는 설명으로 비제도적 정치 참여의 건강영향을 규명하기 위해서는 더 세밀한 연구와 명확한 인과관계에 대한

탐색이 필요하다.

시민참여의 맥락적인 효과에 있어서 OECD국가에서는 사회적 참여보다는 비제도적 정치 참여가 더욱 의미가 있는 효과를 보였다. 가설2-1이 44개국 분석에서 지지되었다면 가설2-2는 OECD 국가에 대한 분석에서 지지되었다. 이는 경제적 수준이 높은 OECD 국가에서 사회적 참여가 건강에 대한 맥락적 효과가 입증되지 않았다는 선행연구들의 결과와 일치하는 것이며 부유한 국가에서 비제도적 정치 참여가 더 의미 있는 건강과의 관련을 가지고 있음을 이야기하는 것이기도 하다.

사회적 참여에 있어서 가정3은 OECD국가에서도 지지되었다. 모델 3에서 통계적으로 유의한 수준으로 부정적 건강인식을 감소시키는 상관관계를 가지고 있었던 사회적 참여는 모델4에서는 통계적 유의수준이 감소하였으며 모델5에서는 더 이상 유의한 변수가 아니었다. 따라서 국가의 민주주의적 수준과 공공보건의료비 지출 비중이 사회적 참여가 건강에 영향을 미치는 경로에서 매개변수로 작동한다고 볼 수 있었다.

그러나 비제도적 정치 참여에 대한 민주주의적 수준과 공공보건의료비 지출의 매개 효과는 확인되지 않았다. 오히려 반대로 이런 변수들을 통제하였을 때에 비제도적 정치 참여와 건강인식의 연관성과 그 통계적 유의성은 증가했다. 이런 효과는 매우 복잡하고 다양한 경로를 거칠 것이며 국가적 맥락에 효과가 달라질 수도 있다. 그러나 개략적이거나 비제도적 정치 참여와 건강과의 상관관계를 확인함으로써 건강의 사회적 결정요인 중 비제도적 정치참여의 중요성을 확인할 수 있었다.

## 5 장 논의 및 결론

### 제 1절 연구의 함의

시민참여와 건강이라는 사이의 연결고리는 매우 광범위하고 다양한 경로를 가지고 있는 것으로 이에 대한 인과관계와 경로 전체에 대한 규명은 많은 노력을 요한다. 그러나 민주적인 의사결정과 사회적 통제와 같은 요소들이 건강과는 무관한지에 대한 질문을 떠올렸을 때 이에 대해 수궁이 어렵다는 것은 분명하다.

세계보건기구(WHO, World Health Organization)의 현장에서는 건강(health)은 질병이나 허약함이 없는 상태가 아니라 신체적, 정신적, 사회적 완전한 안녕(well-being)의 상태<sup>⑨</sup>라고 규정하고 있다. 이와 같이 보다 포괄적인 정의의 건강을 지향한다면 사회적, 정치적인 의사결정과 이에 대한 시민의 참여는 건강을 위한 필요조건이 된다. 따라서 연구자는 시민참여가 건강한 삶과 건강한 사회에 일정한 영향을 미칠 것이라고 가정 하에 이를 규명하고자 하였다. 또 이에 대한 입증은 인구집단의 건강을 위한 개입이 단지 의료나 보건의료 제도와 같은 직접적인 연관을 가지고 있는 영역에 그쳐서는 안되며 더 넓고 포괄적인 영역과 관련이 있다는 것을 뒷받침하는 데에 기여할 수 있을 것이라고 생각하였다.

건강을 결정하는 사회적 결정인자(social determinants of health)의 중요성에 대한 근거는 이미 충분히 굳건하다. 그러나 이를

---

⑨ “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”

<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

움직이는 근본적인 힘은 시민들의 민주적인 통제에서 나올 수 밖에 없으며 이런 통제의 기저에는 시민들의 자유롭고 자발적인 참여가 자리잡고 있을 것으로 생각된다. 따라서 본 연구는 시민참여가 건강에 미치는 영향을 확인해보고자 한 연구로 2차 자료를 이용한 계량적 분석을 통해 개인적 수준과 국가적 수준에서 시민참여가 가지고 있는 구성적 효과와 맥락적 효과에 대해서 검증해보고자 하였다.

본 연구는 두 가지 분석 수준을 이용하였기에 연구 결과에 있어서 개인 수준에서의 구성적 영향과 국가수준에서의 맥락적 영향의 두 가지로 분류하여 검토할 필요가 있다.

먼저 개인수준에서 시민참여는 사회인구학적인 요인들을 보정한 이후에도 의미 있는 상관을 보였다. 사회적 참여에 활발한 사람, 그리고 투표에 참여하는 사람은 주관적 건강인식이 그렇지 않은 이들에 비해 양호했다. 이는 다양한 국가 수준의 변수를 추가했을 때에도 모든 모델에서 비슷한 양상을 보였다. 이 결과는 기존에 연구결과들과 맥을 함께하는 것이다. 사회적 참여와 긍정적 건강 사이에 유의한 상관관계는 여러 연구에서 이미 확인된 것이며 이는 본 연구에서도 같은 결과를 확인할 수 있었다. 하지만 본 연구는 경제적 수준이 낮은 국가를 포함하여 44개국의 자료를 이용하였다는 데에서 더욱 일반화 가능성을 높이는 데에 기여할 수 있을 것으로 생각된다.

44개국 분석에서 개인 수준에서 비제도적 정치 참여를 하는 이들의 경우 부정적인 건강인식은 증가하는 것으로 나타났다. 그러나 OECD국가만을 포함한 분석에서 비제도적 정치 참여는 부정적 건강인식을 증가시키는 방향의 상관관계를 나타내기는 했으나 이것은 통계적으로 유의하지 않았다. 비교적 비제도적 정치 참여가 건강에 미치는 영향에 대해서 확인한 연구는 많지 않은 편이다. 그러나 미국, 영국, 캐나다와 같이 비교적 부유한 국가에서 국가 내 자료를

이용하였던 기존의 연구들에서는 비제도적 정치 참여가 건강인식을 악화시키는 것으로 나타났다(Veenstra 2000, Kim and Kawachi 2006, Poortinga 2012).

이와 같은 차이는 국가의 문화, 제도적 구성, 경제적 상황 등이 이에 대한 복잡한 영향을 미치기 때문일 것으로 생각된다. 비제도적 정치참여가 가지는 개인적인 영향은 국가의 제도적 정치적 상황에 따라 달라질 수 있다. 비제도적 정치 참여는 권위주의적 국가, 독재 정권 하에서 개인에게 큰 희생을 요하며 건강뿐 아니라 경제적, 사회적 지위와 생명에 있어서도 영향을 미칠 수 있다. 반면 자유롭고 다원주의적 원칙이 지켜지는 국가에서 비제도적 정치 참여가 개인적인 차원에서 미치는 부정적인 영향은 상당부분 상쇄될 수 있을 것이다. 물론 본 연구에서는 국가 내 상관관계를 고려하여 효과를 밝힐 수 있는 다수준분석을 이용하였으나 이와 같은 복잡한 비제도적 정치 참여의 영향을 규명하기에는 부족하였을 수 있으며 방법론적인 고민과 더욱 정교한 연구 설계가 필요할 것으로 생각된다.

또 기존에 비제도적 정치참여가 개인 수준에서 건강에 부정적인 영향을 미치는 것을 밝혀낸 연구들이 영미권, 소위 자유주의 국가라고 일컬어지는 나라들의 자료를 이용했다는 점을 고려해 본다면 사회 민주주의 레짐을 가진 북구 유럽 국가의 경우 비제도적 정치참여가 개인 차원에서 어떤 영향을 미치는지에 대한 연구를 통해 이를 비교해 볼 수 있을 것으로 생각된다.

두 번째로 국가수준에서 시민참여의 맥락적 효과에 대한 분석결과는 다음과 같다. 44개국 전체에 대한 분석에서 비제도적 정치 참여는 경제적 수준을 보정하기 전에 의미 있게 부정적인 건강인식을 감소시켰다. 그러나 이 상관관계는 경제적 수준을 보정하자 사라졌다. 사회적 참여가 역시 부정적 건강인식의 감소와 상관관계를 보이고 있었으나 모델4에서만 통계적으로 유의한 값을 가져 일부 영향이

있으나 강하지 않은 것으로 판단되었다. 모든 국가를 포함한 분석에서 굳건한(robust) 관계를 나타내는 것은 국가 변수는 경제적 수준(GNIpc)과 민주주의적 수준(freedom index)의 두 가지였다. 민주주의나 경제적 수준이 많은 차이가 나는 국가를 포함한 분석에서 시민참여보다는 경제적 수준과 민주주의의 수준과 같은 변수가 더 중요한 영향을 미치는 것으로 생각할 수 있었다.

OECD국가만을 대상으로 한 분석에서는 위의 분석과는 다른 맥락적인 효과를 확인할 수 있었다. 일부 긍정적인 상관관계가 있는 것으로 나타나던 사회적 참여는 모델3에서 모델5까지 국가 수준의 변수들을 추가함에 따라 효과가 사라졌다.

반면 비제도적 정치 참여는 일정한 영향이 유지되었으며 특히 경제적 수준과 총의료비, 민주주의 지표와 공공의료비지출을 통제한 모델5에서 가장 유의한 변수인 것으로 나타났다. 즉 민주주의적 수준과 경제적 수준, 그리고 공공의료비 지출 비중이 모두 동일하다고 하였을 때 비제도적 정치 참여가 활발한 국가의 부정적 건강인식이 감소하였다. 이는 비제도적 정치 참여가 민주주의의 수준이나 공공 의료비 지출과는 다른 경로로 건강과 연관성을 가짐을 의미한다. 더불어 민주주의적 수준이 높을 수록, 공공의료비 지출이 높을수록 부정적 건강인식은 감소하였으며 이것은 통계적 유의성을 보였다.

이와 같은 거시적 자료를 이용한 사회현상의 해석은 매우 신중해야 할 필요가 있으며 지표로 측정되고 수치화된 변수는 원래의 개념이 의미하고자 하였던 바를 전적으로 반영하기 어려울 수 있다. 그러나 개략적으로나마 비제도적 정치 참여가 건강과 일정한 관련성을 가짐을 확인하고 이것이 부유한 국가에서 더욱 확실하다는 점에 밝힌 본 연구는 일정한 의미를 가질 수 있다. 대부분의 OECD 국가에서 보건의료체계와 국민의 건강에 대한 책임은 국가의 몫으로 되어 있음을 생각했을 때에 이는 더욱 그러하다. 매개효과까지 고려했을 때

해석은 더욱 풍부해진다. 국가 차원에서 시민적 통제와 개입이 집단의 건강에 일정한 영향을 미치고 이것은 국가의 의료비지출이나 공공의료비 비중과는 다른 어떤 경로를 통하여 역할을 하는 것으로 보인다. 이는 인구집단의 건강 개선을 위한 중재는 단순히 보건의료부문이나 의료기술의 발전, 재정적인 투자 만으로는 포괄적인 개선이 불가능하다는 “Health in all policy”의 맥락에도 닿아있는 것이다.

국가의 건강수준에 영향을 미치는 요소들은 상당히 다양하고 복잡할 수 밖에 없다. 각 국가에서 참여가 가지는 영향은 역사적, 문화적, 정치적 맥락에 따라서 서로 다르게 나타난다. 한국의 사회적 참여는 중간보다 낮은 수준인 것에 비해 비제도적 정치 참여는 높은 수준을 보였다. 이는 권위주의 전통에 기반한 강력한 정부와 상대적으로 취약한 정당구조와 중산층을 가지고 있는 한국의 상황이 반영된 것이다. 반면 시민사회의 발달이 미약하고 급격한 산업화와 경제발전에 의해 양극화가 급격하게 진행되고 있는 우리나라에서 비제도적 정치 참여의향이 높게 나타난 것은 정당이나 정부가 시민들의 요구와 지향을 제대로 반영하고 있지 못하고, 정치적인 혐오와 불만에서 연유할 수 있다. 만약 이런 가정이 사실이라면 우리나라의 높은 수준의 비제도적 참여는 오히려 시민들의 참여를 억압하고 있는 제도적, 정치적 상황에 대한 반향일 가능성도 배제할 수 없다(최장집 2002). 이 경우 높은 수준의 비제도적 정치 참여를 단순히 민주주의적인 통제가 가능한 사회라고 해석하는 것은 타당하지 않다.

그럼에도 불구하고 본 연구에서는 국가 별 상관성을 반영하고, 개인과 국가의 구성적 효과와 맥락적 효과를 동시에 확인하는 모델에서 시민참여의 맥락적 효과를 확인할 수 있었다. 이런 경향성이 한국 사회에서도 확인되는지, 또 한국사회에서 활발한 비제도적



정치참여가 건강에 어떤 영향을 미칠 것인지에 대해서는 질적 연구를 포함한 더 많은 근거와 고민이 필요할 것이다.

건강의 사회적 결정인자는 무수히 많은 영역에 걸쳐 있으며 그 영향은 포괄적이고 복잡적이다. 복잡하고 얽혀있는 요인들에 대한 개입이 불가능해 보이기도 한다. 그러나 건강에 영향을 미치는 사회적 조건을 결정하는 주체로서 주도적인 위치를 점한다는 의미에서 시민참여는 건강한 삶과 사회를 위한 방법인 동시에 원칙일 수 있다.

수년에 한 번 있는 투표와 같은 제도적 참여가 건강에 대한 결정을 좌우하기는 어렵다. 기존의 제도적 참여에 국한되는 순종적인 국민이기를 강요 받을 때 정치적 민주주의와 자유는 위축된다. 서비스의 소비자이자 수혜자로 수동적인 역할로만 규정되는 시민들은 스스로 원하는 사회를 만들어 나가는 데에 있어 제대로 된 역할을 할 수 없다. 민주적 가치와 이로 인해 얻을 수 있는 사회적 성과와 발전을 향유하기 위해서는 시민들에 의한 적극적인 사회적 통제가 필요하다. 활기찬 시민사회와 정치적 의사결정에 대한 시민들의 참여는 건강을 위한 사회구조적 개입의 첫 번째 실천이 될 수 있다(Pestoff 2008).

본 연구에서는 시민적 덕성이 함양되고 정치적 역량을 길러낼 수 있는 활기찬 사회가 더 건강한 사회라는 어구의 ‘건강’이 단지 서술적인 의미에 그치지 않음을 이야기하고 있다. 시민참여는 사회를 보다 건강한 사회로 이끌어 나가는 데에 기여하며, 이에 대한 주목과 관심은 민주주의와 건강 모두를 위해 필요할 것이다.

## 제 2절 연구의 한계와 제언

시민 참여가 건강에 미치는 영향과 같이 복잡한 사회적인 현상의 인과관계는 단순히 계량적인 연관관계를 통해 입증할 수 있는 것은 아니다. 엄밀히 말해서 복잡한 사회과학적인 현상을 단순히 몇몇 지표의 관계를 통해 설명하는 것은 지난하며 불가능한 일에 가깝다. 실제로 정치적 참여가 건강수준에 미치는 영향은 복잡할 뿐만 아니라 장기적인 과정 속에서 여러 요인들이 축적된 결과로 나타나게 될 것이다. 따라서 이와 같은 인과관계를 면밀히 탐색하기 위해서는 거시적인 계량 연구를 넘어서 심층적인 양적인 분석과 다양한 실례를 통한 검증이 필요하다. 다만 본 연구는 정치적, 사회적 참여와 건강 사이의 인과관계의 탐색을 시도해 보았다는 데에 그 의미를 둔다. 또한 기존에 유사한 연구설계를 이용하여 시민 참여의 영향을 살펴본 연구들은 비제도적 정치참여를 주요 변수로 이용하지 않았기에 본 연구의 기여는 시민들의 비제도적 정치참여가 국가 수준에서 유의미한 건강의 사회적 결정요인 중 하나일 수 있다는 가능성을 제시했다는 데에서도 찾을 수 있을 것이다.

그러나 본 연구는 단면적 거시자료를 이용한 분석으로 역인과관계를 배제하지 못하였다는 한계를 가진다. 그러나 이는 많은 선행연구들에서도 동일하게 작용하였던 제약이며 이를 보완하는 일부 코호트 연구가 이루어졌으나 충분치 못한 수준이다. 이에 대해 Kim 등은 도구변수(instrumental variable analysis)의 사용을 통한 인과관계의 확인이 가능함을 밝히기도 하였는데(Kim, Baum et al. 2011) 추후 이러한 방법론을 이용한 추가적인 분석과 단면연구의 한계를 개선하기 위한 노력이 필요할 것으로 생각된다.

변수로 이용되지 않았지만 복지레짐(welfare regime), 집권당의

정치적 지향, 보건의료체계와 전국민 건강보험의 유무, 의료접근성 등은 명백하게 인구집단 수준에서 건강에 영향을 미치는 중요한 요소이다. 소득불평등 역시 사회의 건강수준과 높은 상관관계를 가지고 있는 것으로 알려져 있으나 본 연구에서는 분석에 포함되지 않았다. 이와 같은 변수들을 모두 모델에 포함시키는 것은 부적절한 일일 것이다. 그러나 시민참여가 건강에 영향을 미치는 세부적인 경로에 대한 근거를 제시하기 위해서는 이와 같은 다양한 변수들에 대한 고려가 필요하다. 또한 시민참여가 건강에 미치는 영향이 맥락 별로 달라질 가능성이 크기에 교호작용(interaction effect)에 대한 접근이 이루어지지 못한 점 역시 아쉬운 점이다. .

국가 수준의 변수들 중 일인당 국내총소득을 제외한 참여와 관련된 변수들은 개인 수준에서 측정된 참여에 대한 지표를 합산한 변수(aggregated measure)를 이용한 것으로 이런 합산 변수의 적절성에 대한 고민 역시 필요하다. 사회적 참여나 비제도적 정치참여에 대한 변수 구성에 있어서 역시 자료의 한계에 의해 확인하고자 하였던 시민참여의 개념 중 일부만을 반영하는 지표를 이용할 수 있었다. 정보화 시대에 빠르게 변화하고 있는 새로운 방식의 시민참여가 변수에 포함되지 못하였다는 점도 아쉬운 점이다. SNS나 인터넷 커뮤니티를 통한 시민 참여, 정보획득과 교류와 같은 부분은 세계가치관조사에서는 아직 조사되고 있지 않지만 앞으로 시민참여에 대한 분석에 있어 이와 같은 정보들을 포함할 필요가 있을 것으로 생각된다.

이와 같이 많은 한계를 가지고 있다고 하더라도 본 연구는 더욱 넓은 맥락에서 건강을 결정하는 사회적 구조를 탐색해보고자 하였다는 데에 의의를 둔다. 건강을 결정하는 중요한 사회적 결정요인 중 하나가 시민참여이며, 이것은 개인적인 수준에서의 영향을 넘어 국가 수준에서 높은 시민참여가 인구집단의 건강에 긍정적인 영향을

미칠 것으로 생각된다. 민주적이고 참여적인 방식의 정치적 의사결정과 보다 자유롭고 많은 이들의 요구가 수용되는 사회는 그 자체로 지향되는 목적이기도 하지만 더욱 건강하고 따라서 행복한 사회를 만들어 나가는 데에 기여할 수 있다. 시민참여를 촉진하고 민주적 통제를 가능하게 하고자 하는 노력은 보다 넓고 포괄적인 관점에서 사회의 건강을 향상시키고자 개입이 될 수 있다.

## 참고 문헌

Abelson, J., et al. (2003). "Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes." Social Science & Medicine 57(2): 239-251.

Beck, W. (2001). Social quality: A vision for Europe, Kluwer Law International.

Besley, T. and M. Kudamatsu (2006). "Health and democracy." The American economic review: 313-318.

Bishop, P. and G. Davis (2002). "Mapping public participation in policy choices." Australian journal of public administration 61(1): 14-29.

Blakely, T. A., et al. (2001). "Socioeconomic inequality in voting participation and self-rated health." American Journal of Public Health 91(1): 99.

Campbell, D. F. (2008). "The basic concept for the democracy ranking of the quality of democracy." Vienna: Democracy Ranking.

Charles, C. and S. DeMaio (1993). "Lay participation in health care decision making: a conceptual framework." Journal of Health Politics, Policy and Law 18(4): 881-904.

Chung, H. and C. Muntaner (2006). "Political and welfare state determinants of infant and child health indicators: an analysis of wealthy countries." Social Science & Medicine 63(3): 829-842.

Coelho, V. S. P., et al. (2012). improving the access to health service: The role of municipal policy and participation in the making of a more equitable public health system. The LASA 2012 Congress

Coppedge, M., et al. (2011). "Conceptualizing and measuring democracy: A new approach." Perspectives on Politics 9(02): 247-267.

Cornwall, A. (2008). "Deliberating democracy: scenes from a Brazilian municipal health council." Politics & Society 36(4): 508-531.

Daniel Kim, M. (2008). Social capital and health, Springer.

Emanuel, E. J. and L. L. Emanuel (1996). "What is accountability in health care?" Annals of Internal Medicine 124(2): 229-239.

Engström, K., et al. (2008). "Contextual social capital as a risk factor for poor self-rated health: A multilevel analysis." Social Science & Medicine 66(11): 2268-2280.

Ferlander, S. (2007). "The importance of different forms of social capital for health." Acta Sociologica 50(2): 115-128.

Finkel, S. E. (1985). "Reciprocal effects of participation and political efficacy: A panel analysis." American Journal of Political Science: 891-913.

Fung, A. and E. O. Wright (2001). "Deepening democracy: innovations in empowered participatory governance." Politics and society 29(1): 5-42.

Fung, A. and E. O. Wright (2003). Deepening democracy: Institutional innovations in empowered participatory governance, Verso Books.

Giordano, G. N., et al. (2012). "Social capital and self-rated health-A study of temporal (causal) relationships." Social Science & Medicine 75(2): 340-348.

Giordano, G. N. and M. Lindstrom (2010). "The impact of changes in

different aspects of social capital and material conditions on self-rated health over time: a longitudinal cohort study." Social Science & Medicine 70(5): 700-710.

Howard, M. M. and L. Gilbert (2008). "A Cross-National Comparison of the Internal Effects of Participation in Voluntary Organizations." Political Studies 56(1): 12-32.

Hunter, N. D. (2008). "Risk governance and deliberative democracy in health care." Geo. LJ 97: 1.

Idler, E. L. and Y. Benyamini (1997). "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies." Journal of health and social behavior: 21-37.

Islam, M. K., et al. (2006). "Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review." International journal for equity in health 5(1): 3.

Kawachi, I. (1999). "Social capital and community effects on population and individual health." Annals of the New York Academy of Sciences 896(1): 120-130.

Kawachi, I. and L. Berkman (2000). "Social cohesion, social capital, and health." Social epidemiology: 174-190.

Kawachi, I., et al. (1999). "Social capital and self-rated health: a contextual analysis." American Journal of Public Health 89(8): 1187-1193.

Kawachi, I., et al. (1999). "Women's status and the health of women and men: a view from the States." Social Science & Medicine 48(1): 21-32.

Kawachi, I., et al. (2004). "Commentary: Reconciling the three accounts

of social capital." International Journal of Epidemiology 33(4): 682-690.

Kekic, L. (2007). "The Economist Intelligence Unit's index of democracy." The Economist 21.

Kennelly, B., et al. (2003). "Social capital, life expectancy and mortality: a cross-national examination." Social Science & Medicine 56(12): 2367-2377.

Kickbusch, I. and D. Nutbeam (1998). "Health promotion glossary." World Health Organization, Geneva.

Kim, D., et al. (2011). "The contextual effects of social capital on health: a cross-national instrumental variable analysis." Social Science & Medicine 73(12): 1689-1697.

Kim, D. and I. Kawachi (2006). "A multilevel analysis of key forms of community-and individual-level social capital as predictors of self-rated health in the United States." Journal of Urban Health 83(5): 813-826.

Kim, D., et al. (2006). "Bonding versus bridging social capital and their associations with self rated health: a multilevel analysis of 40 US communities." Journal of Epidemiology and Community Health 60(2): 116-122.

Kim, D., et al. (2008). "Social capital and physical health." Social capital and health: 139-190.

La Due Lake, R. and R. Huckfeldt (1998). "Social capital, social networks, and political participation." Political Psychology 19(3): 567-584.

Lindström, M., et al. (2001). "Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in



shaping health related behaviour." Social Science & Medicine 52(3): 441-451.

Lindström, M., et al. (2003). "Social capital and leisure time physical activity: a population based multilevel analysis in Malmö, Sweden." Journal of Epidemiology and Community Health 57(1): 23-28.

Lofors, J. and K. Sundquist (2007). "Low-linking social capital as a predictor of mental disorders: a cohort study of 4.5 million Swedes." Social Science & Medicine 64(1): 21-34.

Lynch, J. W., et al. (1997). "Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse." Social Science & Medicine 44(6): 809-819.

Macinko, J. and B. Starfield (2001). "The utility of social capital in research on health determinants." Milbank Quarterly 79(3): 387-427.

Mansyur, C., et al. (2008). "Social capital, income inequality, and self-rated health in 45 countries." Social Science & Medicine 66(1): 43-56.

McKenzie, K. and T. Harpham (2006). Social capital and mental health, Jessica Kingsley Publishers.

Mohan, J., et al. (2005). "Social capital, geography and health: a small-area analysis for England." Social Science & Medicine 60(6): 1267-1283.

Muntaner, C., et al. (2011). "Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence." Sociology of health & illness 33(6): 946-964.

Navarro, V. (2003). "Introduction: Objectives and Purposes of the Study." International Journal of Health Services 33(3): 407-417.

Navarro, V., et al. (2003). "The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998." International Journal of Health Services 33(3): 419-494.

Nettleton, S. (1998). The sociology of health and illness, Polity.

Nie, N. H., et al. (1974). "Political participation and the life cycle." Comparative Politics 6(3): 319-340.

Nobles, J., et al. (2010). "National independence, women's political participation, and life expectancy in Norway." Social Science & Medicine 70(9): 1350-1357.

Parsons, T. (1951). "ILLNESS AND THE ROLE OF THE PHYSICIAN: A SOCIOLOGICAL PERSPECTIVE\*." American Journal of orthopsychiatry 21(3): 452-460.

Pestoff, V. A. (2008). A democratic architecture for the welfare state, Taylor & Francis US.

Poortinga, W. (2006). "Social capital: An individual or collective resource for health?" Social Science & Medicine 62(2): 292-302.

Poortinga, W. (2012). "Community resilience and health: The role of bonding, bridging, and linking aspects of social capital." Health & place 18(2): 286-295.

Przeworski, A. (2000). Democracy and development: political institutions and well-being in the world, 1950-1990, Cambridge University Press.

Putnam, R. D. (2001). Bowling alone: The collapse and revival of American community, Simon and Schuster.

Quesnel-Vallée, A. (2007). "Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for 'true' health?" International Journal of Epidemiology 36(6): 1161-1164.

Rose, R. (2000). "How much does social capital add to individual health?" Social Science & Medicine 51(9): 1421-1435.

Rowe, G. and L. J. Frewer (2004). "Evaluating public-participation exercises: a research agenda." Science, technology & human values 29(4): 512-556.

Ruger, J. P. (2005). "Democracy and health." QJM 98(4): 299-304.

Sundquist, J., et al. (2006). "Low linking social capital as a predictor of coronary heart disease in Sweden: a cohort study of 2.8 million people." Social Science & Medicine 62(4): 954-963.

Sundquist, K. and M. Yang (2007). "Linking social capital and self-rated health: A multilevel analysis of 11,175 men and women in Sweden." Health & place 13(2): 324-334.

Szreter, S. and M. Woolcock (2004). "Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health." International Journal of Epidemiology 33(4): 650-667.

Teorell, J. (2003). "Linking Social Capital to Political Participation: Voluntary Associations and Networks of Recruitment in Sweden1." Scandinavian Political Studies 26(1): 49-66.

Veenstra, G. (2000). "Social capital, SES and health: an individual-level analysis." Social Science & Medicine 50(5): 619-629.

Wallace, C. and F. Pichler (2009). "More participation, happier society?"

A comparative study of civil society and the quality of life." Social indicators research 93(2): 255-274.

Woolcock, M. and D. Narayan (2000). "Social capital: Implications for development theory, research, and policy." The world bank research observer 15(2): 225-249.

권순만, et al. (2012). "보건의료 정책 의사결정과 시민참여." 보건행정학회지 22(4): 467-496.

김용익 (1992). "보건의료 주민참여의 정의와 전략에 대한 연구." 보건행정학회지 2(2): 90-111.

김장락, et al. (2012). "사망률이 높은 지역사회에서 임파워먼트 및 사회적 자본과 주관적 건강수준의 연관성." The Associations of Empowerment and Social Capital with Self-Rated Health in Communities with Poor Health 37(3): 131-144.

김종욱 (2012). "로컬 거버넌스에서의 시민참여와 정치적 평등성, 정치적 효능감: 일본의 사례를 중심으로." 韓國行政學報 46(2): 137-160.

김창엽 (2012). "건강정책에서 참여와 민주주의 가능성 효과적인가 어떻게 실효성을 확보할 것인가?" 비판과 대안을 위한 보건복지연합학술대회.

김창엽 (2012). 지역사회 보건과 민주적 공공성. 지역사회 건강증진 협력모델 토론회.

송예리아 and 남은우 (2009). "사회자본 정도 및 건강행동이 한국인의 주관적 건강에 미치는 영향 분석." 보건교육·건강증진학회지 26(3): 1-13.

이미숙 (2011). 사회자본이 사회적 가치에 미치는 영향에 관한 연구. 경산, 영남대학교 대학원. 국내박사학위논문.

이숙종 and 유희정 (2010). "개인의 사회자본이 정치참여에 미치는 영향."

한국정치학회보 44(4): 287-313.

정수현, et al. (2012). "시민참여와 정부신뢰." Citizen Participation and Trust in Government 19(-): 107-132.

조병희 (2011). "한국 의학전문직업성의 사회적 시각." J Korean Med Assoc 54(11): 1164-1171.

조병희 (2012). 사회자본과 건강, 한국사회학회.

최장집 (2002). 민주화 이후 의 민주주의: 한국 민주주의 의 보수적 기원 과 위기, 후마니타스.

## Abstract

# Civic Participation as a determinant of Self-rated health:

A multilevel analysis of World Value Survey

Saerom Kim

Department of Health Policy and Management

The Graduate School of Public Health

Seoul National University

Civic engagement is often regarded as “School of democracy”. It’s a phrase emphasizing role of civic society and its voluntary associations acting as seedbed for raising social trust, norm of reciprocity and solidarity; also teaching skills of democracy civic virtue to individual citizen.

Civic engagement, which makes people have their own power of control for the society, might well affect the health of society and its members. Which mean that it should be considered as one of social determinant of health. Previously, social participation in voluntary association was thought to have positive effect on health via is changing of norms, health behavior, gaining social support from others. But here, political participation, especially un-institutional political participation is thought to have some contextual effect on health. More civic control and deepening the democratic structure of society may have some positive influence on the health of its members.

In this study, I used 5<sup>th</sup> wave dataset from World Value Survey to analyze the effect of civic engagement on self-rated health. Conventional political participation, un-conventional political participation, and social participation was used as independent variable to conceptualize various dimension of civic participation.

Multi-level logistic regression was applied. In micro-level effect, personal participation in voting and social participation seem to decrease poor-self rated health, but un-institutional political participation was associated with increased poor-self rated health. In additive analysis done with only OECD country data, the negative correlation between un-institutional political participation and self-rated health disappeared.

In country level variable, countries with higher social participation and un-institutional political participation tend to have better self-rated health status. In 44 country analysis, social participation variable had meaningful association with self-rated health, but in analysis of OECD countries, social participation did not have any significant association, but un-institutional political participation matter most.

Total health expenditure had no meaningful association in both analyses, GNIpc was significantly associated in whole country analysis, and percent of public health expenditure was significantly associated in OECD country analysis. Degree of democracy measured by Freedom house index had robust association with self-rated health.

**Keywords:** civic engagement, political participation, social participation, democracy and health, self-rated health, multilevel analysis

**Student Number:** 2012-21860